

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL
AO IDOSO EM USO DE MEDICAMENTOS BASEADA
NA TEORIA DE CUIDADO transcultural DE
LEININGER**

**VIVIAN NASCIMENTO DE SOUZA
MARÍA JOSÉ STESENS IGNOGNA**

Florianópolis, 10 de dezembro de 2004.

VIVIAN NASCIMENTO DE SOUZA
MARÍA JOSÉ STESENS IGNOGNA

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0267
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0267

Autor: Souza, Vivian Nasc

Título: Assistência de enfermagem ambula



972492089

Ac. 241441

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL
AO IDOSO EM USO DE MEDICAMENTOS BASEADA
NA TEORIA DE CUIDADO transcultural DE
LEININGER.**

Relatório Final da Prática Assistencial
Aplicada apresentada ao Curso de
Enfermagem, Departamento de
Enfermagem do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal de Santa
Catarina

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Membros da Banca: Prof^ª. Dr^ª. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Prof^ª. Dr^ª. Angela Maria Alvarez

Enf^ª. Esp. Soraya Baião Maragno

FLORIANÓPOLIS

2004

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que com muito esforço conseguiram proporcionar a possibilidade de crescer e realizar todos meus sonhos.

Aos meus irmãos, Wagner, Guilherme e Mariana, por entenderem minhas ausências e por existirem.

À minha tia Vanilda, que onde quer que esteja tenho certeza que estava torcendo por mim como sempre torceu. Dedico este trabalho à você.

Ao Lucky por estar presente em todos momentos que eu precisei e por ser a pessoa que eu escolhi para estar para sempre ao meu lado.

À Profa. Lucia, guia e companheira deste e de muitos outros trabalhos, obrigada por acreditar em mim.

À Maria José, cúmplice neste trabalho, lembre-se que apesar da distância sempre estarás em meu coração. Obrigada por compartilhar esta experiência comigo.

À Profa. Angela Alvarez muito obrigado por suas contribuições para nosso trabalho.

À Soraya por ter sido mais uma amiga conquistada nesta caminhada, obrigada pelos momentos partilhados e por tudo que aprendi com você.

À Luzia dos Santos por sempre estar disposta a me ajudar, pelos almoços e conversas compartilhadas.

À Luzia Wilma, por partilhar comigo sua sabedoria.

À Lucilene, Márcia, Tatiana e Maevy – companheiras de minha caminhada, que pelo acaso do destino não estão neste momento na realização deste trabalho, mas estão dentro do meu coração. Obrigada pelos abraços e pelas palavras de ânimo que eu sempre precisei.

À Profa. Denise Pires e Maria Itayra por acreditarem em minha capacidade e por me ajudarem a crescer dentro desta maravilhosa profissão.

À turma 2004-2 por me receber tão bem, muito obrigada.

Vivian Nascimento de Souza

A Dios: por el milagro de la vida...

A mis padres (Héctor y Estela), por todo su apoyo, por las muestras diarias de amor (a pesar de la distancia), por la maravillosa sorpresa de compartir unos días aquí conmigo...y POR LA VIDA...Gracias...

A Federico, el gran amor de mi vida, por bancarte el desafío de la distancia... por apoyarme desde el primer momento en mi decisión de viajar...a pesar de todo, ya ves, nuestro amor sigue firme...Te Amo

A mis hermanos (Ariel, María Inés y María Ana), por estar siempre presentes, en cada momento de mi vida...Gracias por el amor que nos une...

A María Alejandra Chervo (vice-directora de la escuela de enfermería de la UNR) por brindarme la oportunidad de estar hoy aquí... Ale: Valio la pena el esfuerzo!

A la profesora Lucia, esta fue la mejor experiencia que viví como estudiante...Gracias por todo!!!!

A Soraya...Aprendí tanto de vos! Todo mi cariño y admiración para una gran enfermera...

A la profesora Angela Alvarez por haber sido parte de este trabajo. Gracias por las contribuciones hechas...

A vos, Vivi, porque realmente fue un desafío realizar este trabajo juntas, gracias por tu paciencia y por compartir esto conmigo...Logramos los objetivos!! De corazón Gracias...

A toda mi familia (Abuelos, Tíos y Primos) que me hicieron el aguante desde Argentina...

A mis amigos del corazón (Walqui, Juan, Gustavo, Seba) por "estar siempre"...

Y "...Gracias a la vida que me ha dado tanto..."

María José Stessens Ignogna



A beleza duma ruga

*Que rosto lindo eu vi hoje, rugoso,
Tão fascinante qual o duma criança!
Continha o mesmo brilho radioso,
Continha a alegria pura duma dança...
...Pois, uma ruga é prémio incontestável,
É o colo mais feliz da transcendência!
E é assim que se é criança admirável,
E é assim que finda a vida em sapiência.*

Eugênio de S. Vicente

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Envelhecimento populacional	10
3.2 Envelhecimento Humano	10
3.2.1 Teorias do Envelhecimento	11
3.2.2 Alterações anatômicas do envelhecimento	14
3.2.3 Alterações fisiológicas do envelhecimento	20
3.3 Problemas de saúde que afetam as pessoas idosas	25
3.3.1 Doenças mais prevalentes nos idosos e outras doenças	25
3.4 A pessoa idosa e os medicamentos	69
4 MARCO CONCEITUAL	75
4.1 Breve Biografia da Teórica	75
4.2 Descrição Breve da teoria	76
4.3 Marco de Referência Conceitual Organizado	79
4.3.1 Pressupostos Básicos	79
4.3.1 Conceitos inter-relacionados	80
5 METODOLOGIA	83
5.1 Um pouco da história do Hospital Universitário	83
5.1.1 Método de Assistência	84
5.2 Locais da Prática Assistencial	85
5.2.1 Ambulatório do Hospital Universitário	85
5.2.2 Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriatrica – NIPEG/HU/UFSC	85
5.3 População Alvo	86
5.4 Cuidados éticos	86
5.5 Processo de Enfermagem	89
6 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
9 ANEXOS	106

SOUZA, Vivian Nascimento de; IGNOGNA, María José Stessens. **Assistência de Enfermagem Ambulatorial ao idoso em uso de medicamentos baseada na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Foi uma prática assistencial desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo uma proposta de cuidado cultural à pessoa idosa sob uso de medicamentos. Foi fundamentada na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger. Seu objetivo geral era prestar assistência de enfermagem com vistas a um cuidado cultural ao idoso em uso de medicamentos e à sua família cuidadora realizando a consulta de enfermagem guiada pelo marco conceitual. Os locais da prática foram o Ambulatório do HU/UFSC e no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriátrica - NIPEG/HU/UFSC. A população alvo foi de idosos, de ambos os sexos, em uso de medicamentos, que possuíam consulta agendada no Ambulatório ou NIPEG, que aceitassem participar do trabalho. Realizamos consulta de enfermagem e visitas domiciliares a pessoas idosas pré-selecionadas. Foi desenvolvida educação para saúde em Sala de Espera, através de vídeos educativos, escolhidos de forma que fossem de interesse de todos na sala. Consideramos que desenvolver esta prática com uma abordagem cultural foi um grande desafio, pois durante nossa vida acadêmica trabalhamos com outras teorias de enfermagem, que apesar de vários pontos semelhantes, diferem em alguns aspectos. Desenvolver o trabalho com idosos em uso de medicamentos proporcionou-nos momentos de muita gratificação, quando víamos que nossas ações, mesmo que pequenas, surtiam algum efeito à pessoa a quem assistíamos.

Palavras-chaves: Idosos, uso de medicamentos, Teoria de Enfermagem Transcultural.

1 INTRODUÇÃO

A prática assistencial desenvolvida é uma estratégia metodológica da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada pertencente à VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina onde cada acadêmico ou grupo de acadêmicos de acordo com sua área de afinidade obtém a oportunidade de escolher um campo de estágio para desenvolver sua prática. O trabalho realizado foi uma proposta de cuidado cultural à pessoa idosa, que naquele momento estava sob uso de medicamentos, com a participação de sua família cuidadora. Nossa prática assistencial foi fundamentada na Teoria de Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger utilizando como literatura de referência o livro de Julia B. George sobre Teorias de Enfermagem (2000).

A prática assistencial foi desenvolvida no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo este local elegido pelo fato de contar com profissionais experientes na área, visto que, na Área B deste ambulatório, funciona um Ambulatório Geriátrico – desenvolvido e coordenado pelo Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-geriátrica (NIPEG) com atendimento multiprofissional de enfermagem, assistente social, medicina e outras especialidades, com funcionamento voluntário durante todo ano. Outro fator muito importante para a escolha foi a características da população atendida, na maioria idosos com doenças crônicas – diabetes, hipertensão - em uso concomitante de variados medicamentos. Vimos a importância e necessidade em alguns casos de continuar nosso cuidado com visita domiciliária junto aos idosos e sua família que julgamos necessitarem deste serviço, assim, conseguimos nos aproximar de sua realidade e interagir de uma melhor forma com este idoso e família.

O interesse em desenvolver este projeto surgiu, através, das vivências de cada uma das acadêmicas, uma como estudante de enfermagem brasileira, que durante dois anos foi bolsista de iniciação científica do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Pessoas Idosas – GESPI e desenvolveu atividades de pesquisa abordando temas sobre qualidade de vida e cuidado de saúde com idosos e sua família cuidadora, participando em conjunto com uma enfermeira assistencial – Jordelina Schier - da atividade de extensão “Programa de Ação Sócio-Educativa da Enfermagem, tipo Aqui e Agora para idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante” que funciona juntamente às Clínicas Médicas do HU, e a outra como profissional já formada na Argentina.

Foi vivenciando a prática diária da enfermagem que nos foi possível verificar a relação que existia entre os idosos com doenças crônicas e o uso concomitante de diversos

medicamentos. Sentimos neste momento a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os riscos e benefícios desta relação. Buscamos, assim estudos sobre o assunto para que pudéssemos refletir sobre o problema e assim selecionar melhor nosso tema. Um dos fatos que verificamos foi de que os idosos são o grupo etário mais medicalizado na sociedade, chegando em alguns países a 50% da população consumidora de medicamentos, segundo Mosegui et al (1999). Isso, em grande parte, é devido ao surgimento de doenças crônicas e pela necessidade que pessoas com estas patologias tem de atendimento de multi-especialidades médicas. No entanto a atenção multiprofissional, de acordo com Menezes et al (2000), Toniolo Neto e Gorzoni (1995), tem gerado o surgimento de diversas prescrições, feitas por diferentes especialistas médicos (cada um na sua área) e com isso o idoso e sua família muitas vezes se vêem confusos em meio a sobreposição de receitas, horários, doses e, não raro, o aparecimento de efeitos adversos provocando a iatrogênia. O resultado disso é o uso irracional do medicamentos, que pode se traduzir tanto em consumo excessivo (polimedicação) ou sub utilização de medicamentos essenciais para o controle de doenças.

Foi prestando uma assistência congruente com a cultura do indivíduo que levou-nos a alcançar nossos objetivos e prestar uma assistência de qualidade preocupada com o bem estar do ser humano.

Segundo Schier (2001) a enfermeira é o profissional de saúde que pode, enquanto presta sua assistência, estimular a independência e autonomia das pessoas idosas. A pessoa idosa e sua família cuidadora são capazes de manter e/ou buscar bem-estar e qualidade de vida que desejam para si.

O marco conceitual baseado em Leininger, mostrou-se adequado às necessidades dos idosos e ao cuidado de enfermagem que acreditamos deva respeitar as concepções culturais da pessoa a quem assistimos. O cuidado prestado, nesta visão, contempla o cuidado cultural, o que estará de acordo com as crenças e necessidades do idoso e sua família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Prestar assistência de enfermagem com vistas a um cuidado cultural ao idoso em uso de medicamentos e à sua família cuidadora realizando a consulta de enfermagem guiada pelo marco conceitual baseado na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger.

2.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer a estrutura física e técnico-administrativa do Ambulatório da Terceira Idade do HU/UFSC e outros ambulatórios de especialidades do HU onde a prática assistencial será desenvolvida.
- b) Realizar o levantamento bibliográfico e escrever a revisão de literatura sobre o tema em estudo para embasar a prática a realizar e seus resultados.
- c) Desenvolver consulta de enfermagem a pessoas idosas e respectivo familiar acompanhante no ambulatório
- d) Realizar visita domiciliar aos idosos, quando necessário, para dar continuidade ao cuidado prescrito avaliando e acompanhando a evolução do idoso, como também atendendo ao familiar cuidador em suas necessidades de cuidado.
- e) Participar ativamente, incluindo-se na equipe, das atividades de educação para saúde em sala de espera do Ambulatório do HU/UFSC.
- f) Realizar técnicas e procedimentos básicos, que possam contribuir para o desenvolvimento de habilidades para a prática profissional.
- g) Participar de eventos científicos

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento populacional

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)¹ daqui a 26 anos (2020) o Brasil deverá ter 237,7 milhões de habitantes, os idosos chegarão a 26 milhões de pessoas, sendo destes 15 milhões serão de mulheres. Eles representarão 11,4% da população de idosos. Devido às sucessivas quedas das taxas de fecundidade e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas, estudos mostram que é irreversível o envelhecimento da população brasileira.

Em 2002, o País tinha 16.022.231 de pessoas com 60 anos ou mais representando 9,3% da população, e 56,0% deles eram mulheres. Em 2002, os idosos representavam 10,2% da população do Sudeste, 10,0% da população do Sul, 9,3% da população do Norte, 8,9% da população nordestina e 7,2% da do Centro-Oeste. Embora nos países da Europa esse envelhecimento tenha ocorrido devido às melhorias médico-sanitárias, no Brasil, para a maioria da população, tais condições estão longe de ocorrer. Em 2002, 43% dos idosos tinham rendimento familiar per capita inferior a um salário mínimo. Em números absolutos, 4.870.336 pessoas com 60 anos ou mais (30,4% do total de idosos) estavam ocupadas em 2002.

Em 2002, o Brasil tinha 12.445.563 aposentados ou pensionistas, ou 77,7% do total de idosos. O nível educacional das pessoas de 60 anos ou mais, embora baixo, vem aumentando: enquanto 48,2% dos idosos com 75 anos ou mais tinham um ano de estudo ou menos, entre os de 60 a 64 anos, o percentual caía para 30,5%. Entre os idosos, 12,1% moravam sozinhos, 24,8% moravam com filhos ou parentes, 24,9% viviam com seus cônjuges, mas sem filhos, e 37,9% moravam com os cônjuges e com filhos ou outros parentes. Quase 65% dos idosos eram a pessoa de referência de suas famílias.

3.2 Envelhecimento Humano

Segundo Hayflick (1996, p.4) envelhecimento é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. Há quem o encare como algo inevitável, aceitando-o como destino ou como consequência normal da passagem do tempo. Outros levam toda uma vida procurando deter ou parar o tempo, tentando anular os efeitos

¹ Fonte: IBGE, *Síntese dos Indicadores Sociais*, 2002.
www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf

indesejáveis do envelhecimento.

3.2.1 Teorias do Envelhecimento

Relacionaremos algumas das Teorias do envelhecimento baseadas na literatura de Hayflick (1996).

A Teoria do Desgaste

Foi uma das primeiras teorias do envelhecimento, articulada em 1882 pelo biólogo alemão August Weismann. Segundo ele a morte de um tecido desgastado ocorria porque ele não poderia renovar-se para sempre. Como o nome sugere, a teoria defende que se envelhece porque nossos sistemas vitais acumulam danos provocados pelo excesso de uso no dia-a-dia e o desgaste influencia negativamente nas atividades bioquímicas normais que ocorrem nas células, tecidos e órgãos. Uma das hipóteses postuladas por Weismann, de que as células normais não se dividiam ou funcionam para sempre, estava correta, embora não explique *por que* ocorrem mudanças associadas à idade.

A teoria do Ritmo de Vida

Baseada na crença de que os animais nascem com uma quantidade limitada de uma substância, energia potencial ou capacidade fisiológica que pode ser gasta em ritmos diferentes. Se for utilizada rapidamente, o envelhecimento começa de forma mais precoce. Se for consumida lentamente, então o envelhecimento será retardado. A teoria é freqüentemente chamada de teoria do “quem vive rápido, morre jovem”.

Outras Teorias do Ritmo de Vida enfocam fatores limitantes diferentes que, quando exauridos, produzem as mudanças associadas à idade. Dentre os fatores sugeridos estavam a quantidade de oxigênio consumida (ou até o número de respirações) e o número de batimentos cardíacos.

A teoria do acúmulo do resíduos

Se as células acumulam mais resíduos do que podem eliminar com eficiência, o resultado é uma espécie de constipação celular. Segundo a teoria, com o tempo as toxinas e resíduos acumulados poderiam prejudicar a função celular normal e matar lentamente a célula.

Existem alguns indícios de que o acúmulo de resíduos realmente ocorre. Uma substância chamada lipofuscina, se acumula em muitos tipos de célula à medida que o ser humano envelhece. As células que acumulam mais comumente esses pigmentos da idade são as células nervosas e as células do músculo cardíaco. Certamente, essas são células vitais e a interferência em suas atividades poderia ter consequências significativas.

A hipótese da lipofuscina como elemento do envelhecimento, atende ao critério da universalidade. Por mais atraente que a teoria do acúmulo do resíduo possa ser, simplesmente não há indícios suficientes de que a presença do pigmento da idade realmente interfira na função celular normal. O material pode ser visto freqüentemente em grande quantidade dentro das células, mas as células não parecem mostrar sinais de desgaste.

A teoria das ligações cruzadas

Além da água, a maior parte de nossas células é composta de proteínas ou proteínas combinadas com formas complexas de carboidratos ou lipídios. Uma das proteínas mais importantes e mais comuns encontradas em tendões, ligamentos, ossos, cartilagem e pele é chamada colágeno. O colágeno é chamado de “esqueleto” de tecidos moles. A proteína do colágeno é complexa, mas consiste em moléculas paralelas que são unidas por degraus chamados ligações cruzadas.

Com o tempo, as ligações cruzadas aumentam o tamanho do andaime, e os tecidos tornam-se menos flexíveis, sofrendo uma retração. Os efeitos das ligações cruzadas são aparentes no comportamento de a pele. A pele idosa tem mais ligações cruzadas e, conseqüentemente, é menos macia e flexível.

A teoria do envelhecimento baseada nas ligações cruzadas postula que, com a passar do tempo, aumenta o número de ligações cruzadas entre algumas proteínas, impedindo os processos metabólicos através da obstrução da passagem de nutrientes e resíduos para dentro e para fora das células.

Os defensores da teoria das ligações cruzadas acreditam que o cúmulo de erros em diversas moléculas ao longo do tempo produz as mudanças associadas à idade.

A teoria do envelhecimento baseada nas ligações cruzadas sustenta que, à medida que envelhecemos, as proteínas e ácidos nucléicos em nosso organismo realmente passam por um processo não muito diferente do curtimento do couro.

A teoria dos radicais livres

A teoria dos radicais livres se baseia em uma reação química complexa que ocorre quando certas moléculas suscetíveis nas células encontram e quebram moléculas de oxigênio, formando pedaços de moléculas altamente reativos. Esses fragmentos moleculares são chamados de radicais livres. Quando um radical livre se une a uma molécula importante, podem ocorrer danos. A molécula afetada pode ser desativada ou agir inadequadamente.

A teoria dos radicais livres é sustentada pela descoberta de que os radicais livres, além de formar os pigmentos da idade, produzem ligações cruzadas em algumas moléculas e podem danificar o DNA.

Os indícios mais convincentes de que os radicais livres estão envolvidos nas mudanças associadas à idade são experimentos realizados com outro grupo de substâncias químicas que inibem a formação de radicais livres, essas substâncias são chamadas antioxidantes.

A teoria do sistema imunológico

Como a capacidade funcional da maioria dos sistemas orgânicos diminui ou muda com a idade, foram criadas teorias em torno da idéia de que as perdas funcionais em um sistema orgânico importante são as principais causas de envelhecimento.

A teoria imunológica de envelhecimento baseia-se em duas grandes descobertas. A primeira é que, com a idade, a capacidade do sistema imunológico produzir anticorpos em número adequado e do tipo correto diminui. A segunda é que o sistema imunológico em processo de envelhecimento pode produzir incorretamente anticorpos contra proteínas normais do organismo.

Defensores do sistema imunológico como causa de envelhecimento argumentam que, como resultado de um sistema imunológico menos eficiente ou de produção de auto-anticorpos, ficamos mais propensos a adquirir e manifestar doenças e outras patologias características da velhice.

Teorias dos erros e reparos

Se existem processos de reparo, os próprios reparadores podem cometer erros ou os processos utilizados podem ser inadequados ou impróprios. A impossibilidade de dispor de

processos de reparo perfeitos pode explicar por que sistemas anteriormente “perfeitos” envelhecem e falham.

A máquina de fabricação de um animal comete erros e além disso, os processos naturais de reparo são incapazes de agir com perfeição sempre o, antes de qualquer outra coisa, também podem ter defeitos.

Defensores da teoria dos erros argumentam que os erros se acumulam em várias moléculas até um estágio em que começam a ocorrer falhas metabólicas, resultando nas mudanças associadas à idade e, finalmente, na morte. Há indícios indiscutíveis de que os erros realmente ocorrem e que, embora existam processos de reparo, eles não são perfeitos e não funcionam para sempre.

A teoria da ordem à desordem

Uma mudança fundamental que poderia levar ao envelhecimento foi estudada principalmente pelos físicos. Ela envolve a ordem.

O animal em desenvolvimento direciona a maior parte de suas energias à satisfação de um plano geneticamente determinado para a produção e ordenação de um número e variedade enorme de moléculas. Após a maturação sexual, ocorre deterioração da eficiência máxima.

À medida que a ordem molecular do organismo amadurecido se deteriora, pois o trabalho necessário para manter a perfeição falha, a eficiência do sistema biológico diminui.

Defensores alegam que a desordem que começa em moléculas específicas produz erros em outras moléculas que, em contrapartida, provocam a cascata de mudanças que ocorre nas células, tecidos e órgãos e que nós chamamos envelhecimento.

3.2.2 Alterações anatômicas do envelhecimento

Relacionaremos algumas alterações anatômicas do envelhecimento baseadas nas literaturas de Hayflick (1996).

Altura: A postura normal, ereta, raramente é observada nas pessoas realmente idosas. Existem vários motivos para isso, inclusive mudanças no esqueleto e nos músculos. Acredita-se que a

diminuição de altura com a idade se deva a uma combinação de fatores como perda de água, enfraquecimento de grupos musculares, mudanças posturais, osteoporose, deterioração dos discos espinhais e deformidades espinhais.

Peso: Praticamente todos os estudos realizados mostram que o peso aumenta na meia-idade e diminui na velhice.

Tamanho do tórax: De modo geral, o diâmetro, a circunferência e a profundidade do tórax aumentam com a idade, tanto nos homens quanto nas mulheres.

Distância entre as extremidades dos braços: A distância entre as extremidades dos dois braços esticados diminui menos em função da idade do que a altura.

Rosto: Tanto a nariz quanto as orelhas se alongam com a idade. Outras dimensões faciais não se modificam após os 50 anos.

Crânio: Muitas suturas começam a se fundir aos 70, 80 ou 90 anos. Os nossos ossos do crânio também parecem ficar mais espessos com a idade. A circunferência, a expansão e o tamanho da cabeça aumentam com a idade em ambos os sexos.

Esqueleto: O crescimento de alguns ossos da bacia continua em algumas pessoas até a sétima década de vida. O segundo dos cinco ossos cilíndricos que compreendem a palma da mão se alarga até a oitava década.

Composição orgânica: Os órgãos internos diminuem de tamanho em função a idade. No caso de alguns órgãos – próstata, coração e pulmões – o crescimento é mais comum. As dobras da pele aumentam e a massa muscular diminui. A quantidade do elemento potássio presente em nosso organismo diminui com a idade.

Água corporal: Uma possível causa do encolhimento dos órgãos, diminuição de altura e redução de peso observados na maioria das pessoas idosas é a perda de água corporal. A perda de água com a idade pode se dever à perda real de células ou à redução do tamanho delas.

Pele: Embora existam doenças de pele associadas à idade, a pele normal envelhecida não tem significado clínico. A pele nunca se desgasta ou morre.

Ninguém morre porque a pele envelhece, mas a pele realmente mostra mudanças drásticas decorrentes do avançar da idade. Sua descoloração, rugas e deterioração são comumente consideradas como um reflexo da idade cronológica e até da saúde de modo geral. Muitos idosos têm várias afecções de pele. Ressecamento e coceira são queixas extremamente comuns; o aparecimento de calosidades, granulações, pé-de-atleta e alterações nas unhas também fazem com que pessoas idosas busquem tratamento.

Rugas: O primeiro sinal de rugas aterroriza muitas pessoas. A vaidade ferida pode ter efeitos psicológicos profundos, levando à perda da auto-imagem e conseqüentes mudanças nas interações sociais. Com algumas exceções, não são resultado do envelhecimento normal, e sim um acúmulo de expressões ambientais.

É possível demonstrar a perda de flexibilidade e elasticidade da sua pele provocado pelo envelhecimento. Expressões faciais habituais como sorrir ou franzir a testa acentuam a formação de rugas em ângulos retos em relação aos músculos muito utilizados.

A epiderme e a derme parecem ficar mais finas com a idade. A derme afina porque o número de células dérmicas diminui.

Glândulas sudoríparas: Os idosos suam menos porque muitas glândulas sudoríparas desaparecem ou perdem a funcionalidade. A capacidade de cada glândula restante de produzir suor diminui à medida que diminuem os aumentos de temperatura com a idade. Essas são as principais razões pelas quais as pessoas mais idosas correm maior risco de choque térmico. O odor corporal nos idosos é menos intenso.

Controle da temperatura: A maior parte da camada subcutânea se perde com a idade, especialmente no dorso das mãos. A densidade do sistema circulatório da pele, que

compreende pequena veias, capilares e arteríolas, diminui á medida que envelhecemos. Provavelmente, assa também é a razão pela qual as pessoas idosas sentem frio mais rapidamente quando a temperatura baixa. Descobriu-se que a temperatura da pele do rosto cai com a idade. Sensibilidade ao frio na velhice é a hipotermia, que ocorre quando a temperatura corporal vai para abaixo de um nível seguro.

Capacidade de cicatrização: Uma resposta nervosa menos eficiente da pele mais idosa, combinada a uma queda do sistema imunológico, também poda ser responsável pela redução ou retardamento da resposta inflamatória aos fatores irritantes. A cicatrização de ferimentos nos idosos e mais lenta, e a força do ferimento em si é menor até a conclusão do processo de cicatrização, embora os reparos ocasionais sejam igualmente bons.

Unhas: A partir dos 30 até 90 anos o crescimento das unhas é retardado em até 50%. Até os 70 anos, o crescimento das unhas nos homens é mais rápido do que nas mulheres. Após os 80, o crescimento das unhas nas mulheres é maior do que nos homens.

A maioria das mudanças associadas á idade que ocorrem nas unhas, por exemplo, opacidade, mudança de cor, sulcos e rachaduras longitudinais podem ser consideradas normais. O índice de crescimento das unhas dos pés é um quarto do índice de crescimento das unhas das mãos.

Cabelo: As mudanças que ocorrem no crescimento capilar com a idade são um enigma não resolvido. O crescimento do cabelo no couro cabeludo em geral diminui, mas em regiões adjacentes, o cabelo pode sofrer um surto de crescimento contínuo.

Em muitas mulheres, o crescimento do cabelo acima do lábio superior ocorre quando a concentração do hormônio feminino estrogênio decai após a menopausa.

Em geral, os pêlos corporais tornam-se menos numerosos com a idade. Ocorrem também mudanças nos padrões de cor e crescimento.

Os pêlos axilares, tendem a diminuir com a idade e, nas mulheres idosas, freqüentemente desaparecem. O percentual de mulheres com mais de 60 anos que perdem pêlos pubianos é pequeno, embora raramente haja ausência de pêlos pubianos nos homens da mesma faixa etária.

Estudos do couro cabeludo humano revelaram que, com a idade, a densidade, o diâmetro e a força dos fios de cabelo diminuem. O percentual de cabelo grosso diminui e o cabelo fino aumenta.

O embranquecimento de cabelo provavelmente é o sinal mais notável de velhice, mas não é universal. É causado pela perda das células que produzem melanina e, pela perda de melanina. O embranquecimento normalmente começa nas têmporas e se estende para o alto da cabeça.

Audição: O sentido de audição muda com a idade na maioria das pessoas. Assim como a habilidade de ver claramente as letras pequeninas dos jornais diminui com a passagem do tempo, também diminui a habilidade de ouvir as frequências mais altas. As mudanças sensoriais associadas à idade podem ser relacionada à degeneração em algumas células e produtos celulares que compõem o próprio órgão do sentido.

Cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos têm problemas de audição a ponto de provocar algumas consequências sociais desfavoráveis. É interessante observar que um número substancial de pessoas idosas que acreditam ter um bloqueio do canal auditivo pela produção normal de cera.

Paladar: A perda de paladar é explicada pela enorme variação de densidade das papilas gustativas da língua do ser humano, independente da idade. A diminuição da capacidade de detectar gostos diferentes associada à idade não se deve a uma diminuição no número de papilas gustativas, mas sim a mudanças degenerativas dentro de cada célula que constitui a papila gustativa. A capacidade de detectar os quatro paladares primários diminui ligeiramente com a idade mas, novamente, as diferenças individuais são muitas.

Descobriu-se que, no caso de determinados sabores, as pessoas idosas precisam de uma concentração de 10 vezes maior do que os jovens para identificar sua origem. Os déficits na percepção do sabor frequentemente podem ser associados a doenças ou efeitos colaterais de medicamentos.

Olfato: A maioria dos estudos relatou uma queda gradual da habilidade de detectar odores em função da idade. A capacidade de identificar diferentes odores também diminui com a idade.

O problema na detecção e identificação de odores poderia ser atribuído á degeneração de algumas células nos órgãos que detectam o odor; outra possibilidade poderia ser a perda de células cerebrais associadas ao sentido do olfato.

A perda da capacidade de detectar odores não é apenas incômoda, mas ameaça potencialmente a vida. As pessoas idosas podem correr riscos por não conseguirem detectar o cheiro de um vazamento de gás ou fumaça.

Visão: A principal descoberta é que o cristalino fica mais espesso e mais pesado com a idade, reduzindo a capacidade de foco em objetos próximos. Em geral a formação de catarata, provocada por uma mudança na estrutura protéica do cristalino, é considerada uma doença, embora alguns acreditem que, se para uma pessoa que vive o suficiente, sua ocorrência é inevitável. Dentre outras mudanças oculares que ocorrem com a idade estão um aumento na pressão da câmara anterior do olho e uma redução na transmissão de luz, e ambos podem ser consideradas normais.

Sono: Com a idade, ocorrem mudanças na quantidade de sono e na distribuição dos dois estados (REM-NREM). Normalmente uma pessoa idosa experimenta períodos despertos mais freqüentes e passa mais tempo no estágio inicial NREM e muito menos tempo nos quatro estágios finais de sono NREM. O tempo de duração do estado REM parece diminuir com a relação com o bem-estar geral. As pessoas idosas normalmente passam mais tempo na cama à noite sem tentar dormir ou tentando dormir sem conseguir; têm mais insônia, e o número de vezes que acordam depois de pegar o sono aumenta. Aparentemente, a profundidade do sono diminuía medida que envelhecemos.

Nutrição: A nutrição realmente influencia as grandes doenças associadas à velhice como, por exemplo, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. O consumo de alimentos diminui com a idade..

As necessidades calóricas diminuem com a idade, em parte devido a uma queda na atividade física.

A quantidade de gordura corporal aumenta até cerca de 60 anos. Da mesma forma, as proteínas ou massa corporal magra diminuem cerca de três quilos por década a partir do

início da idade adulta. A maior parte da perda de tecido magro representa a perda de massa muscular.

Metabolismo: A taxa de metabolismo basal, TMB, diminui ligeiramente com o avançar da idade e sempre foi um elemento importante das teorias sobre o envelhecimento.

3.2.3 Alterações fisiológicas do envelhecimento

Relacionaremos algumas alterações fisiológicas do envelhecimento baseadas nas literaturas de Hayflick (1996).

Sistema Cardiovascular

As doenças cardiovasculares são sem dúvida, ainda, a maior incidência como causa de morte entre os mais idosos, apesar destas mortes haverem diminuído nos últimos 30 anos. Muito foi dito sobre o motivo dessa redução, mas ainda não se sabe exatamente o que ocorreu, há especulações de que seja resultado de um estilo de vida saudável.

Embora as doenças do sistema cardiovascular, sejam a principal causa de morte na maioria dos países desenvolvidos, não causam o envelhecimento, essa conclusão é dada sem dúvida porque as pessoas que não tem doenças cardiovasculares também envelhecem.

Um dos princípios básicos dos estudos gerontológicos é que não se pode detectar com certeza as mudanças normais da idade em pessoas com presença de doença, pois é preciso pessoas saudáveis para que se possa estudar o processo normal de envelhecimento.

Até recentemente, acreditava-se que ocorria um declínio inevitável da função cardiovascular com a idade, e que esta alteração poderia ser detectada mesmo com o paciente em repouso. Ficou comprovado que, em corações saudáveis, a função cardíaca não declina inevitavelmente com a idade como se pensava anteriormente. O único dado conclusivo é que a pressão arterial sistólica máxima realmente aumenta com a idade, mas a pressão diastólica não se altera.

Nos países desenvolvidos, a aterosclerose é responsável pela maioria das mortes após os 65 anos. Ela começa em estágios mais precoces e, nos estágios mais avançados da vida, pode produzir ataque cardíaco, angina ou derrame.

Podemos concluir que as mudanças normais associadas a idade não produzem aterosclerose mas, como ocorre com todas as outras doenças da velhice, aumentam a vulnerabilidade a doença.

Sistema imunológico

As principais funções do sistema imunológico são detectar, inativar e eliminar microorganismos e outros corpos estranhos do organismo, por isso seu funcionamento adequado é vital para nossa sobrevivência.

Com o passar do tempo, algumas de nossas proteínas “próprias” sofrem algumas mudanças, que sozinhas, não são prejudiciais. Porém, como a vigilância do sistema imunológico é intensa, ele acaba por fabricar anticorpos para essas proteínas modificadas, embora esse ato possa caracterizar uma forma de autodestruição. Por isso a sensibilidade extraordinária de nosso sistema imunológico, tão útil na juventude pode nos prejudicar na velhice, porque nosso sistema acaba por atacar como proteínas estranhas nossas proteínas “próprias”. Esse acontecimento, talvez seja a causa das doenças, a qual chamamos auto imunes, como certos tipos de artrites e uma condição denominada Lúpus eritematoso, uma condição degenerativa crônica observada em pessoas idosas.

Acredita-se que a probabilidade de desenvolver essas condições auto imunes aumenta com a idade, de acordo com o sistema imunológico que passa a responder as mudanças sutis de um número cada vez maior de proteínas.

Embora quase todas as funções complexas do sistema imunológico mudem com a idade, essas mudanças variam de indivíduo para indivíduo. O timo, desempenha uma função crucial no desempenho do sistema imunológico. Após a maturação sexual, essa glândula se degenera durante a primeira metade de nossas vidas. Alguns acreditam que essa mudança normal do timo desencadeie o envelhecimento do sistema imunológico. Os níveis de hormônios produzidos pelo timo começam a cair em torno dos 25 anos, e tornam-se indetectáveis após os 60 anos. Os linfócitos, encontrados no timo, também envelhecem e mudam na proporção dos vários componentes de suas sub-populações. Essas células são vitais para manutenção da integridade de todo o sistema imunológico.

A geração de respostas imunológicas no momento certo é menos eficiente nas pessoas mais idosas, a queda da capacidade de produção de anticorpos contra substâncias estranhas ao sistema imunológico é associada a uma maior chance de produção de anticorpos

contra as células “próprias”.

Sistema endócrino

Assim como o sistema imunológico, o sistema endócrino afeta praticamente todas as células de nosso organismo e por isso pode explicar a origem das mudanças próprias da idade. É possível que as mudanças hormonais ocorridas no envelhecimento possam diminuir drasticamente a reserva fisiológica de nossos tecidos e órgãos que, anteriormente permitia responder com mais eficácia a uma variedade de pressões e situações. A redução ou desequilíbrio desse nível hormonal pode ser responsável pela dificuldade de recuperação de queimaduras, feridas ou traumas cirúrgicos ou da capacidade de resposta aos estresses do calor e do frio que ocorre nas pessoas idosas.

Muitas dos fenômenos considerados normais, como a menopausa das mulheres e o aumento da glândula próstata podem ser desencadeadas por mudanças no sistema endócrino. Outro fator interessante, é que a capacidade do sangue de manter um nível normal de glicose diminui com a idade, mostrando que o surgimento da diabetes do tipo 2, nesta faixa etária também possui relação com o envelhecimento.

Sistema reprodutor feminino

Há uma grande diferença entre os homens e as mulheres em relação à duração da vida reprodutiva. Nas mulheres a perda da capacidade reprodutiva se dá aproximadamente quarenta anos depois da maturação sexual, quando a produção de óvulos vivos diminui ou quando chegam perto dos cinquenta anos, pois é nesta época que o número de óvulos imaturos nos ovários se aproxima de zero.

Os defeitos cromossômicos são mais comuns em óvulos de mulheres mais idosas e são responsáveis pela grande proporção de óvulos anormais produzida por mulheres que se aproximam da menopausa. Não se sabe razão, mas essa maior proporção de óvulos anormais talvez seja responsável pela diminuição da fertilidade nas mulheres mais idosas, bem como pela maior probabilidade de ter um bebê portador de defeito congênito.

Após a menopausa, as mulheres apresentam rápida redução dos níveis de vários hormônios circulantes.

Com a idade, também ocorrem mudanças em outros órgãos do sistema reprodutor

feminino. O peso e o tamanho do útero diminuem após a menopausa até aproximadamente 65 anos. Após a menopausa, nas mulheres que não estão tomando estrogênio, a vagina diminui tanto em tamanho quanto em diâmetro. Frequentemente, a parede vaginal torna-se mais fina e as secreções das glândulas locais diminuem. Muitas vezes, essas mudanças resultam em desconforto durante as relações sexuais e é necessária intervenção médica. As mamas também mudam como resultado das modificações hormonais complexas que ocorrem após a menopausa. O tecido glandular mamário, sofre degeneração ou involução. O padrão de mudança varia de acordo com a indivíduo. Em geral, as mamas diminuem de tamanho e tornam-se mais flácidas com a idade.

Dois terços de todos os cânceres de mama ocorrem em mulheres com mais de 50 anos, embora anormal, poderia ser relacionado às mudanças normais associadas à idade.

Sistema reprodutor masculino

A senescência do sistema reprodutor masculino é um processo mais gradual. Na verdade, existe uma controvérsia em relação a existência de uma menopausa masculina (ou climatério). Alguns homens mantêm total capacidade reprodutiva até idades extremamente avançadas.

Como nas mulheres, os níveis de vários hormônios nos homens aumentam ou diminuem com a idade. De modo geral, o interesse, a atividade e a capacidade sexual também são reduzidos, mas esses eventos não foram firmemente associados a mudanças hormonais. Muitos questionam a ocorrência de mudanças na motilidade de espermatozóide, contagem de espermatozóides à medida que os homens envelhecem. A generalização mais segura é de que isso varia muito de homem para homem.

Embora a maioria dos tecidos e órgãos encolha com a idade, por razões desconhecidas, o coração, os pulmões e a próstata tendem a aumentar. A glândula próstata, produz uma variedade de matérias e fluidos que se misturam aos espermatozóides durante a ejaculação. Quando a glândula aumenta, pode causar constrição do canal urinário emergente, dificultando a micção, com muita frequência, o aumento deve-se a um crescimento de células benignas, mas, às vezes, o crescimento é canceroso; portanto, a condição deve ser acompanhada de perto por um urologista para que se possa verificar a presença de tecido canceroso. A remoção da próstata pode ser aconselhável para aliviar a obstrução do canal urinário.

O Sistema Esquelético

O envelhecimento normal produz perda de tecido ósseo em todas as pessoas. Aparentemente, a perda de massa óssea começa em torno dos 50 anos para ambos os sexos, mas envolve mais rapidamente nas mulheres do que nos homens. Os homens perdem cerca de 17% de sua massa óssea quando adultos jovens, as mulheres cerca de 30%.

Quando a perda óssea resulta em colapso de uma vértebra ou em maior susceptibilidade a fraturas, o diagnóstico provável é osteoporose. A manifestação mais clara são costas arqueadas, curvadas e corcundas que se tornaram parte de caricatura de velhice.

A causa da osteoporose não é clara, mas muitos indícios sugerem que 4 variáveis desempenham papel significativo: (1) mudanças na concentração de hormônios como estrogênio, hormônios da paratireóide, calcitonina, corticoesteróides e possivelmente progesterona; (2) fatores nutricionais, especialmente deficiências de cálcio e vitamina D; (3) imobilidade causada por um estilo de vida sedentário, doença, problemas de articulação ou uma fratura; e (4) status da massa óssea na maturidade.

O Sistema Nervoso

O sistema nervoso é o centro de comando de todas as atividades do nosso organismo. Alguns gerontologistas acreditam que o cérebro, que controla o sistema nervoso central e periférico, também controla as mudanças decorrentes do envelhecimento. Acredita-se que o hipotálamo, localizado no cérebro, inicie a menopausa e a cascata de eventos subsequentes associados ao envelhecimento do sistema reprodutor feminino.

A íntima relação entre o cérebro e o sistema endócrino é tal que as mudanças em um dos sistemas frequentemente produz mudanças no outro.

Sabe-se que os mecanismos de relógio tornam-se menos precisos com a idade e que muitos relógios parecem ser controlados por hormônios liberados pela glândula pituitária na base do cérebro. Apesar da profunda importância do sistema nervoso, ainda não fomos capazes de identificar mudanças internas que poderiam ser incontestavelmente responsáveis pelo fenômeno de envelhecimento como um todo.

O Cérebro

A deterioração do cérebro provoca enormes conseqüências para os seres humanos.

A disfunção cerebral afeta exatamente nosso diferencial como seres humanos – a capacidade de raciocínio e memória. Mesmo que uma pessoa escape da demência senil, resta a possibilidade de uma mente vigorosa ocupar um corpo que não responderá adequadamente aos seus comandos. A doença de Parkinson e outros distúrbios motores são alguns exemplos.

A perda de peso o cérebro, pode ser observada na superfície do cérebro de uma pessoa idosa. Atualmente, essa mudança pode ser observada no indivíduo vivo através da tomografia axial computadorizada ou da ressonância magnética.

Em algumas partes do cérebro da pessoas idosa, o formato original dos sinapses ou pontos de contato entre os neurônios se perde ou é alterado. A quantidade de substância química associada à atividade neurotransmissora também diminui com a idade.

3.3 Problemas de saúde que afetam as pessoas idosas

3.3.1 Doenças mais prevalentes nos idosos e outras doenças

Hipertensão Arterial

Uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre os idosos, não só pela incidência, mas também por constituir fator de risco para doença coronariana, acidente vascular cerebral. É considerada por diversos autores como consequência normal do envelhecimento, mas apesar dessas afirmações, hoje há numerosas evidências que a mesma é causa de morte tanto nos jovens como nos idosos (CARVALHO & PAPALEO NETO, 2000).

De acordo com Oigman e Neves (1999) no idoso a hipertensão arterial pode estar apresentada de duas maneiras: 1- a forma combinada: hipertensão sistólica (PS \geq 140 mmHg) e diastólica (PD \geq 90 mmHg); 2- e a hipertensão sistólica isolada (HSI) (PS \geq 140 mmHg e PD $<$ 90 mmHg). A Hipertensão Sistólica Isolada é mais comum com o envelhecimento em consequência das mudanças na estrutura das artérias, principalmente as de grosso calibre. Essa tendência também é observada em estudos transversais em praticamente todas as populações, as quais mostram que o nível médio da pressão sistólica aumenta quase que de maneira linear a partir dos 50 anos, enquanto que a pressão diastólica tende a cair a partir dos 55 anos de idade.

Alterações dos mecanismos reguladores da pressão arterial

A pressão arterial depende fundamentalmente de três componentes: do espaço continente, representado pela rede arterial; do conteúdo, que é o volume de sangue circulante; e de uma bomba propulsora, que é representada pelo coração. Este sistema tem como característica primordial a distensibilidade da parede arterial, que procura adaptar-se às variações do volume circulante (CARVALHO & PAPALEO NETO, 2000).

Alterações estruturais vasculares

O envelhecimento traz mudanças estruturais importantes nos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígidos, menos complacentes e, dessa maneira, determinando progressivamente um aumento na pressão sistólica e resultando no alargamento na pressão de pulso (pressão sistólica menos pressão diastólica).

A perda substancial na quantidade das fibras elásticas, substituídas por colágeno, é o substrato dessas alterações estruturais.

A pressão sistólica e a pressão de pulso são dependentes do volume sistólico, da velocidade de ejeção e da elasticidade da aorta: quanto menos elástica for a parede dos vasos, maior a pressão sistólica. Por outro lado, o nível de queda da pressão entre duas contrações (pressão diastólica) expressa a resistência à passagem do fluxo sanguíneo.

A pressão e o fluxo, especialmente nas grandes artérias, são pulsáteis. Contudo, na prática clínica, empregam-se os valores médios tanto da pressão como do fluxo, como se o modelo da circulação fosse linear e, assim, as informações contidas nas ondas são perdidas (OIGMAN & NEVES, 1999).

Morfologia da onda de pulso

As grandes artérias têm duas funções primordiais: 1- funcionam como condutos de distribuição do sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo; 2- amortecem as oscilações pressóricas originadas pela ejeção intermitente ventricular.

A pressão arterial apresenta dois componentes que refletem a influência de vários fatores hemodinâmicos: a pressão arterial média (PAM) e o componente pulsátil. A PAM é determinada pelo débito cardíaco e resistência vascular que, por sua vez, é determinada pelo calibre e número das pequenas artérias e arteríolas. A pressão de pulso - o componente

pulsátil - representa a oscilação em torno da pressão média, a sístole e a diástole, sendo as oscilações alta e baixa. A magnitude da pressão de pulso é determinada pelo padrão de ejeção ventricular, das propriedades viscoelásticas e propagativas das grandes artérias, além do tempo das ondas refletidas.

A distinção entre as duas funções acima mencionadas é particularmente importante quando se considera a pressão arterial alta. Enquanto um aumento na resistência vascular leva a um aumento proporcional nas pressões sistólica e diastólica (e, portanto, pressão arterial média), a redução na viscoelasticidade da parede arterial somente modifica a forma da curva, determinando elevação na pressão sistólica e redução na pressão diastólica, sem mudanças na pressão média (OIGMAN & NEVES, 1999).

Avaliação clínica do hipertenso idoso

A forma de abordagem clínica do idoso hipertenso não difere substancialmente de qualquer outro hipertenso. É importante a medida da pressão arterial em ambos os membros superiores (na constatação de grandes diferenças acima de 10 mmHg entre os membros, afastar lesão arterial obstrutiva) e também na posição de pé devido à alta frequência de hipotensão ortostática nesta fase da vida.

Segundo, investigar presença de outros fatores de risco associados. Independente do nível pressórico, a presença de comprometimento de órgãos-alvo e/ou condições comórbidas indicam que o paciente assim afetado tem um pior prognóstico e uma probabilidade substancialmente maior de complicações e morte súbita.

Vale ressaltar que a associação da hipertensão com a diabetes mellitus, que também surge com o envelhecimento, acelera as lesões vasculares, além de possibilitar o aparecimento de lesões renais, identificada inicialmente por microalbuminúria ou proteinúria.

A avaliação do colesterol total, HDL-colesterol e triglicerídeos é também importante nos pacientes idosos. Contudo, não há dados definitivos sobre ser o tratamento da hipercolesterolemia necessário após os 75 anos de idade.

A história clínica dirigida e exame físico são os instrumentos essenciais para a avaliação inicial do hipertenso quanto à presença de comprometimento de órgãos-alvo, presença de comorbidades ou quadro clínico sugestivo de hipertensão secundária.

Algumas formas de hipertensão secundária são comuns nos idosos, especialmente

hipertensão renovascular aterosclerótica e aldosteronismo primário por hiperplasia bilateral da supra-renal. Os pacientes idosos com doença renovascular, em geral, são fumantes e podem desenvolver sua HA tarde na vida ou se tornam refratários ao tratamento que previamente era satisfatório. Podem apresentar sopro abdominal como também em carótidas e artérias femorais. A creatinina sérica pode estar discretamente elevada e o sedimento urinário normal, mas, às vezes, podem revelar proteinúria que pode atingir níveis nefróticos.

Deve ser ressaltado que é freqüente a presença de lesões ateroscleróticas nas artérias renais de pacientes idosos sem, contudo, significar sua relação de causa e efeito com a hipertensão arterial.

Pacientes com hiperaldosteronismo primário podem apresentar hipocalemia espontânea ou provocada por diurético, sintomática ou não, e que pode persistir baixa mesmo em uso de diurético poupador de potássio ou inibidor da ECA ou, ainda, com suplementação oral de sais de potássio. A presença de hipocalemia nesta faixa etária não deve ser subestimada (OIGMAN & NEVES, 1999).

Tratamento (baseado em sua totalidade em MION et al, 2004)

➤ Não-Medicamentoso ou Modificações do Estilo de Vida

O tratamento não-medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbimortalidade associada as doenças cardiovasculares, a partir de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Há a indicação à todos hipertensos e à indivíduos mesmo que normotensos, porém com alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos regulares, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são:

- baixo custo e risco mínimo;
- redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco;
- aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e
- redução do risco cardiovascular.

- Redução do Peso Corporal

O excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial. O aumento do peso é um fator predisponente para a hipertensão. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso de modo a alcançar Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m².

As recomendações genéricas para a redução do peso corporal compreendem:

- princípios dietéticos; e
- programas de atividade física

Para a manutenção do peso desejável a longo prazo, é necessária a adequação dietética individualizada, com particular atenção aos aspectos socioeconômicos e culturais e à motivação dos pacientes.

- Redução na Ingestão de Sal/Sódio

O sal (cloreto de sódio — NaCl) há muito tempo tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial. Hoje em dia, a literatura mundial é praticamente unânime em considerar a forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial. No âmbito populacional, a ingestão de sal parece ser um dos fatores envolvidos no aumento progressivo da pressão arterial que acontece com o envelhecimento. Além da redução da pressão arterial, alguns estudos demonstraram também benefícios da restrição salina na redução da mortalidade por acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda.

Do ponto de vista prático, deve-se evitar a ingestão de alimentos processados industrialmente, tais como enlatados, conservas, embutidos e defumados. Deve-se ainda orientar os pacientes a utilizar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, além de evitar o uso de saleiro à mesa, durante as refeições.

Para que o efeito hipotensor máximo da restrição salina se manifeste, é necessário intervalo de pelo menos 8 semanas. É importante salientar que os pacientes deverão ser orientados para a leitura dos rótulos dos alimentos industrializados, a fim de observar a presença e a quantidade de sódio contidas nos mesmos.

- Aumento da Ingestão de Potássio

A ingestão do potássio pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja).

Essa indicação se justifica pela possibilidade de o potássio exercer efeito anti-hipertensivo, ter ação protetora contra danos cardiovasculares, e servir como medida auxiliar em pacientes submetidos a terapia com diuréticos, desde que não existam contra-indicações.

Deve-se ter cautela no uso de suplemento medicamentoso à base de potássio em pacientes suscetíveis a hiperpotassemia, incluindo aqueles com insuficiência renal, ou em uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), ou bloqueadores de receptores da angiotensina II.

O uso de substitutos do sal contendo cloreto de potássio em substituição ao NaCl pode ser recomendado aos pacientes como uma forma de suplementação de potássio, embora alguns deles tenham a palatabilidade como fator limitante. O emprego desses substitutos de sal em pacientes hipertensos com diminuição da função renal, especialmente se diabéticos e em uso de inibidores da ECA, deve ser cauteloso devido ao risco de hiperpotassemia.

- Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência de hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva.

Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja. Em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso, a ingestão alcoólica não deve ultrapassar 15 ml de etanol/dia. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

- Exercício Físico Regular

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das

dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão.

Exercícios físicos, tais como caminhada, ciclismo, natação e corrida, realizados com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos. Em contrapartida, exercícios físicos muito intensos têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos.

Exercícios isométricos, como levantamento de peso, não são recomendáveis para indivíduos hipertensos. Pacientes em uso de medicamentos anti-hipertensivos que interferem na frequência cardíaca (como, por exemplo, betabloqueadores) devem ser previamente submetidos a avaliação médica.

- Abandono do Tabagismo

O tabagismo é a mais importante causa modificável de morte, sendo responsável por 1 em cada 6 óbitos. No Brasil, a prevalência do tabagismo é elevada.

Ainda que a pressão arterial e a frequência cardíaca se elevem durante o ato de fumar, o uso prolongado de nicotina não se associa a maior prevalência de hipertensão. Além do risco aumentado para a doença coronariana associada ao tabagismo, indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco 5 vezes maior de morte súbita do que indivíduos não-fumantes. Adicionalmente, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas.

- Controle das Dislipidemias e do diabetes Mellitus

A associação de dislipidemia e diabetes mellitus com hipertensão é sabidamente deletéria, mesmo que essa associação não afete, necessariamente, os níveis da pressão arterial. A restrição de alimentos ricos em colesterol e gorduras, além dos açúcares simples, atua sobre os fatores de risco convencionais e auxilia no controle do peso corporal.

- Medidas Anti-estresse

Há evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial na pressão arterial relacionadas a "condições estressantes", tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e, em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle dessas situações.

Mesmo assim, o papel do tratamento anti-estresse e o uso de técnicas que visam a modificações de respostas comportamentais no tratamento de pacientes hipertensos ainda não estão definidos.

Técnicas de relaxamento, tais como ioga, "biofeedback", meditação transcendental, "tai chi chuan" e psicoterapia, não são superiores a técnicas fictícias ("sham") ou a automonitorização.

- Evitar Drogas que Podem elevar a Pressão Arterial

No **Quadro 1**, a seguir, estão apresentadas várias drogas que podem ter efeitos hipertensivos, devendo ser evitadas ou descontinuadas.

Quadro 1

DROGAS QUE PODEM ELEVAR A PRESSÃO ARTERIAL

- Anticoncepcionais orais
- Antiinflamatórios não-esteróides
- Anti-histamínicos descongestionantes
- Antidepressivos tricíclicos
- Corticosteróides, esteróides anabolizantes
- Vasoconstritores nasais
- Carbenoxolona
- Ciclosporina
- Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)
- Chumbo, cádmio, tálio
- Alcalóides derivados do "ergot"
- Moderadores do apetite
- Hormônios tireoideanos (altas doses)
- Antiácidos ricos em sódio
- Eritropoetina
- Cocaína
- Cafeína (?)

Fonte: III Consenso de Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Diretrizes/cbha4.htm>. Acesso em 15/11/2004.

➤ Medicamentoso

Objetivos

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais, sendo utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associadas a medicamentos anti-hipertensivos.

Assim, os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Até o presente momento, a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares em hipertensos leves a moderados foi demonstrada de forma consistente, em inúmeros estudos, apenas para os diuréticos e betabloqueadores.

Em relação à pressão arterial, o tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a co-morbidade e a qualidade de vida dos pacientes. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130/85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes com nefropatia proteinúrica e na prevenção de acidente vascular cerebral.

- Diuréticos

O mecanismo anti-hipertensivo dos diuréticos está relacionado, numa primeira fase, à depleção de volume e, a seguir, à redução da resistência vascular periférica decorrente de mecanismos diversos.

São eficazes como monoterapia no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Como anti-hipertensivos, dá-se preferência aos diuréticos tiazídicos e similares. Diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada a insuficiências renal e cardíaca.

Os diuréticos poupadores de potássio apresentam pequena potência diurética, mas quando associados a tiazídicos e diuréticos de alça são úteis na prevenção e no tratamento de hipopotassemia. O uso de diuréticos poupadores de potássio em pacientes com redução de função renal pode acarretar hiperpotassemia.

Entre os efeitos indesejáveis dos diuréticos, ressalta-se fundamentalmente a hipopotassemia, por vezes acompanhada de hipomagnesemia (que pode induzir arritmias ventriculares), e a hiperuricemia. É ainda relevante o fato de os diuréticos poderem provocar intolerância à glicose. Podem também promover aumento dos níveis séricos de triglicerídeos, em geral dependente da dose, transitório e de importância clínica ainda não comprovada. Em geral, o aparecimento dos efeitos indesejáveis dos diuréticos está relacionado à dosagem utilizada.

- Inibidores adrenérgicos

- a) Ação central

Atuam estimulando os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos (alfametildopa, clonidina e guanabenz) e/ou os receptores imidazolidínicos (moxonidina) no sistema nervoso central, reduzindo a descarga simpática. A eficácia anti-hipertensiva desse grupo de medicamentos como monoterapia é, em geral, discreta. Até o presente momento, não existe experiência clínica suficiente em nosso meio com o inibidor dos receptores imidazolidínicos. Essas drogas podem ser úteis em associação com medicamentos de outras classes terapêuticas, particularmente quando existem evidências de hiperatividade simpática.

Entre os efeitos indesejáveis, destacam-se aqueles decorrentes da ação central, como sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e impotência. Especificamente com a alfa-metildopa, pode ocorrer ainda, com pequena frequência, galactorréia, anemia hemolítica e lesão hepática. O emprego da alfa-metildopa é contra-indicado na presença de disfunção hepática. No caso da clonidina, destaca-se a hipertensão rebote, quando da suspensão brusca da medicação.

- b) Alfa-1 bloqueadores

Apresentam baixa eficácia como monoterapia, devendo ser utilizados em associação com outros anti-hipertensivos. Podem induzir o aparecimento de tolerância farmacológica, que obriga o uso de doses crescentes. Têm a vantagem de propiciar melhora do metabolismo lipídico (discreta) e da urodinâmica (sintomas) de pacientes com hipertrofia prostática. Os efeitos indesejáveis mais comuns são: hipotensão postural (mais evidente com a primeira dose), palpitação e, eventualmente, astenia.

c) Betabloqueadores

O mecanismo anti-hipertensivo, complexo, envolve diminuição do débito cardíaco (ação inicial), redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. Esses medicamentos são eficazes como monoterapia, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Aqueles com atividade simpatomimética intrínseca são úteis em gestantes hipertensas e em pacientes com feocromocitoma. Constituem a primeira opção na hipertensão arterial associada a doença coronariana ou arritmias cardíacas. Entre as reações indesejáveis dos betabloqueadores destacam-se: broncoespasmo, bradicardia excessiva (inferior a 50 bat/min), distúrbios da condução atrioventricular, depressão miocárdica, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual. Do ponto de vista metabólico, podem acarretar intolerância à glicose, hipertrigliceridemia e redução do HDL-colesterol. A suspensão brusca desses bloqueadores pode provocar hiperatividade simpática, com hipertensão rebote e/ou manifestações de isquemia miocárdica. Os betabloqueadores são formalmente contra-indicados em pacientes com asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e bloqueio atrioventricular de 2º e 3º graus. Devem ser utilizados com cautela em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica.

- Vasodilatadores diretos

Os medicamentos desse grupo, como a hidralazina e o minoxidil, atuam diretamente sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com conseqüente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. Em conseqüência da vasodilatação arterial direta, promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que contra-indica seu uso como monoterapia, devendo ser utilizados associados a diuréticos e/ou betabloqueadores.

- Antagonistas dos canais de cálcio

A ação anti-hipertensiva dos antagonistas dos canais de cálcio decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Não obstante o mecanismo final comum, esse grupo de anti-hipertensivos é dividido em 4 subgrupos, com características químicas e farmacológicas diferentes: fenilalquilaminas (verapamil), benzotiazepinas (diltiazem), diidropiridinas

(nifedipina, isradipina, nitrendipina, felodipina, amlodipina, nisoldipina, lacidipina) e antagonistas do canal T (mibefradil).

São medicamentos eficazes como monoterapia, e a nitrendipina mostrou-se também eficiente na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares em idosos com hipertensão sistólica isolada.

No tratamento da hipertensão arterial, deve-se dar preferência ao uso dos antagonistas dos canais de cálcio de longa duração de ação (intrínseca ou por formulação galênica), não sendo recomendada a utilização de antagonistas dos canais de cálcio de curta duração de ação.

Os efeitos adversos desse grupo incluem: cefaléia, tontura, rubor facial (mais frequentes com diidropiridínicos de curta duração de ação) e edema periférico. Mais raramente, podem induzir hipertrofia gengival. Os diidropiridínicos de curta duração de ação acarretam importante estimulação simpática reflexa, deletéria ao sistema cardiovascular. Verapamil e diltiazem podem provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular. Bradicardia excessiva também tem sido relatada com essas duas drogas e com o mibefradil especialmente quando utilizados em associação com betabloqueadores. Obstipação intestinal é um efeito indesejável observado principalmente com verapamil.

- Inibidores da enzima conversora da angiotensina

O mecanismo de ação dessas substâncias é fundamentalmente dependente da inibição da enzima conversora, bloqueando, assim, a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. São eficazes como monoterapia no tratamento da hipertensão arterial.

Também reduzem a morbidade e a mortalidade de pacientes hipertensos com insuficiência cardíaca, e de pacientes com infarto agudo do miocárdio, especialmente daqueles com baixa fração de ejeção. Quando administrados a longo prazo, os inibidores da ECA retardam o declínio da função renal em pacientes com nefropatia diabética e de outras etiologias.

Entre os efeitos indesejáveis, destacam-se tosse seca, alteração do paladar e reações de hipersensibilidade (erupção cutânea, edema angioneurótico). Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem induzir hiperpotassemia. Em pacientes com hipertensão renovascular bilateral ou com rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos de uréia e creatinina.

Seu uso em pacientes com função renal reduzida pode se acompanhar de aumento dos níveis séricos de creatinina. Entretanto, a longo prazo, prepondera o efeito nefroprotetor dessas drogas.

Em associação com diurético, a ação anti-hipertensiva dos inibidores da ECA é magnificada, podendo ocorrer hipotensão postural.

- Antagonistas do receptor da angiotensina II

Essas drogas antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT₁. São eficazes como monoterapia no tratamento do paciente hipertenso. Em um estudo (ELITE), mostraram-se eficazes na redução da morbidade e da mortalidade de pacientes idosos com insuficiência cardíaca.

Apresentam bom perfil de tolerabilidade e os efeitos colaterais relatados são tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea ("rash").

As precauções para seu uso são semelhantes às descritas para os inibidores da ECA.

- Interação Medicamentosa

A possibilidade de interação medicamentosa merece especial atenção nos casos de patologia crônica, como a hipertensão arterial, para a qual está indicado tratamento com medicamentos de uso contínuo e, muitas vezes, associações de anti-hipertensivos. Além disso, com frequência o paciente hipertenso necessita também de outros medicamentos de uso contínuo, para tratamento de patologias associadas e/ou complicações do próprio quadro hipertensivo. Dessa maneira, é importante conhecer as principais interações entre anti-hipertensivos e medicamentos de uso contínuo que poderão vir a ser prescritos para o paciente hipertenso.

Doenças Cardiovasculares

Coronariopatias (baseada em sua totalidade em DUARTE, 1998)

As alterações coronárias constituem a principal causa de cardiopatia e morte na

população adulta, sendo que acima dos 60 anos aproximadamente 40% de todos os óbitos têm como causa a cardiopatia isquêmica.

O comprometimento difuso, mais freqüente acima dos 60 anos, provoca anoxia crônica de áreas extensas do miocárdio com lesões anatomo-patológicas que a longo prazo caracterizam-se pela substituição do músculo cardíaco por tecido fibroso. Essas alterações, que caracterizam a miocardio-esclerose, provocam comprometimento variável na função cardíaca e são a principal causa de insuficiência cardíaca no idoso.

As lesões importantes provocam obstruções, cujas conseqüências dependem do local da artéria e do tempo de formação da placa. Quando a obstrução é parcial e progressiva instala-se a insuficiência coronária crônica, traduzida clinicamente pela angina de peito. As obstruções agudas e totais são causadas pela formação de trombos ou por hemorragia intra-placa e provocam a insuficiência coronariana aguda com quadro clínico de infarto do miocárdio.

- *Insuficiência coronariana crônica* (baseado em sua totalidade em CÉSAR, 1999)

A principal manifestação da insuficiência coronariana crônica é a angina do peito, que pode se apresentar sob três formas clínicas: 1)-angina estável, caracterizada pelo aparecimento da dor com esforço físico, sem alteração na severidade ou nas características da sintomatologia pelo menos por 12 meses; 2)-angina instável ou angina pré-infarto, na qual dor aumenta progressivamente de intensidade, aparece também em repouso, tem duração média de 15 minutos e não se acompanha de alterações electrocardiográficas ou enzimáticas; 3)-síndrome de Prinzmetal ou espasmo coronário, caracterizada por dor em repouso e supradesnivelamento do segmento ST.

O sintoma dominante é a dor retrosternal em opressão, irradiada para o pescoço e ombros, de duração variável, acompanhada de palidez, sudorese, taquipnéia a sensação de fraqueza.

No idoso, nem sempre é fácil definir o tipo de angina e às vezes torna-se difícil o próprio diagnóstico de isquemia miocárdica. A dor geralmente é de menor intensidade, nem sempre é em opressão, podendo ser referida como mal-estar epigástrico ou torácico, dispnéia, sudorese, náuseas e vômitos que podem ser confundidos com processos digestivos, pulmonares ou ósteo-articulares.

Tratamento

Seu principal objetivo consiste no alívio dos sintomas e estabilização do quadro clínico, prevenção da recorrência ou do aparecimento de sintomas, prevenção da progressão ou indução da regressão da doença. Para efetivamente conseguir estes objetivos deve-se: tratar os fatores agravantes que podem precipitar ou agravar a isquemia, reduzir os fatores de risco e realização de tratamento farmacológico e revascularização (em pacientes de alto risco).

➤ Medicamentoso

No tratamento de pessoas idosas deve levar-se em conta a farmacocinética das drogas, pois nesta população há a diminuição da massa magra e aumento do tecido adiposo, afetando o volume de distribuição, alteração do metabolismo e excreção. Além disso, a cronicidade de suas enfermidades, contribui para o surgimento da polifarmácia (FREITAS, 2004), fazem com que o risco de interações e efeitos colaterais sejam muito maiores nestes pacientes.

1. Nitroglicerina e nitratos

Continuam sendo os fármacos de primeira escolha para aliviar uma crise anginosa. Agem promovendo dilatação do sistema venoso, com consequente redução do retorno venoso e da pressão diastólica final ventricular, que está aumentada durante a crise de isquemia miocárdica e também pela dilatação arterial, promovendo relaxamento da musculatura lisa das artérias coronárias e aumento do fluxo nas regiões isquêmicas diretamente, somado ao aumento do fluxo através da circulação colateral previamente existente. Na forma de apresentação sublingual e spray, rapidamente aliviam a isquemia e os sintomas. Na forma de apresentação por via oral ou em adesivos com sistema de liberação transdérmica são excelentes opções para a manutenção do tratamento e evitar as crises de isquemia. Cuidados devem ser tomados quanto à distribuição dos horários de sua administração, para evitar a tolerância, característica desta classe medicamentosa. Assim, no caso da administração oral, de 20 a até 60 mg de dinitrato ou mononitrato de isossorbitol devem ser administrados em intervalos que propiciem pelo menos 14 horas entre as tomadas, por exemplo, às 11:00 e às 21:00 horas. Em relação aos adesivos, devem ser retirados após no máximo 16 horas de uso, idealmente 14 horas, deixando o organismo sem receber a medicação por pelo menos 8, e idealmente 10 horas. Nos intervalos, caso haja uma crise de angina, os preparados de ação

rápida devem ser utilizados. Essas substâncias não só reduzem ou abolem a angina, como também diminuem a ocorrência da isquemia silenciosa.

2. Beta-bloqueadores

Potentes antianginosos atuam fundamentalmente reduzindo o consumo de oxigênio pela diminuição da frequência cardíaca e, em doses maiores, da contratilidade miocárdica. A maior ação é a de reduzir a mortalidade e a recorrência de infarto do miocárdio após um evento agudo. Atualmente, sabemos que o beta-bloqueador é muito mais eficaz quando há disfunção ventricular. Ou seja, diferentemente do que se pensava até bem pouco tempo, deve ser prescrito para pacientes com disfunção miocárdica moderada a severa. Tanto que, em especial, o carvedilol e o bisoprolol têm formal indicação para o tratamento da insuficiência cardíaca congestiva, desde que o paciente consiga suportar as primeiras doses. A redução da mortalidade, nessas circunstâncias, é de quase 45% para esses dois beta-bloqueadores, além do efeito dos inibidores da ECA que, além dos diuréticos e eventualmente digital, estavam sendo utilizados pelos pacientes nos estudos prospectivos desses fármacos. Ou seja, para quem tem função ventricular preservada, esses medicamentos não necessariamente precisam ser prescritos, a não ser que se necessite diminuir a frequência cardíaca do paciente para se poder controlar as crises de angina. Em nosso meio, os mais utilizados são: a) propranolol de 60 a 360 mg ao dia e no caso da fórmula tradicional a dose deve ser dividida em duas a três tomadas, enquanto as novas formulações de longa duração podem ser utilizadas uma só vez ao dia; b) metoprolol de 50 a 200 mg/dia, com a mesma orientação para o propranolol quanto ao tipo de formulação; c) atenolol de 50 a 200 mg ao dia em tomada única.

3. Antagonistas dos canais de cálcio

Grupo heterogêneo de substâncias químicas que tem em comum a capacidade de se ligarem às proteínas dos canais de cálcio voltagem dependente da membrana celular e alterar o fluxo de cálcio do extra para o intracelular, com consequente redução do cálcio intracelular disponível para a contração muscular. Assim, em testes experimentais, relaxam a musculatura lisa arterial e reduzem a contratilidade miocárdica. Todavia, nas doses habitualmente utilizadas na prática clínica existem diferenças importantes entre os vários grupos a esse respeito. Todos atuam como antianginosos, mas o diltiazem é o que tem maiores índices de sucesso na redução da isquemia miocárdica, equivalente aos beta-bloqueadores e

superiores aos nitratos, seguido pelo verapamil. Podem ser combinados com os nitratos e até com os beta-bloqueadores, embora com esses últimos dá-se preferência para as diidropiridinas. Diltiazem e verapamil podem ser utilizados ao invés dos beta-bloqueadores, quando há função ventricular esquerda dentro da normalidade. Nessa circunstância, pode-se prescindir do uso dos nitratos no uso crônico.

4. Antiagregantes plaquetários

Medicamentos que têm efeito comprovado na redução da mortalidade e de reinfarto. Embora na maioria dos estudos tenham sido avaliados especificamente após evento agudo coronário, metanálise recente comprova seu valor, especialmente em relação ao ácido acetilsalicílico, em doses de 75 a 325 mg ao dia. Os eventuais sangramentos observados são superados pela redução dos eventos coronarianos e mortes. Assim, salvo contra-indicação, todos os portadores de doença coronária devem recebê-lo.

- *Arritmias* (baseado em sua totalidade em DUARTE, 1998)

A incidência de arritmias cardíacas aumenta à medida que o indivíduo envelhece, por alterações degenerativas do sistema de formação e condução do estímulo, por comprometimento do sistema nervoso autônomo e/ou como consequência de diferentes afecções que afetam o coração do doente idoso.

- *Insuficiência cardíaca* (baseado em sua totalidade em DUARTE, 1998)

Devido à elevada frequência com que é acometido o aparelho cardio-circulatório no idoso, a incidência de insuficiência cardíaca aumenta com a idade. De fato, em pacientes com mais de 75 anos, ela é cerca de 10 vezes mais freqüente que abaixo dos 65 anos de idade. As alterações cardíacas habitualmente observadas no geronte são consequências de diversos fatores que dificilmente consegue-se dissociar: o processo de envelhecimento, a presença de afecções cardiovasculares crônicas e agudas, o comprometimento de outros setores do organismo.

Na insuficiência cardíaca congestiva ocorre e está perfeitamente caracterizada a queda do débito cardíaco. Quando ele cai abaixo do valor necessário para a perfusão ótima de todos os órgãos. Consequentemente, o fluxo plasmático renal diminui relativamente mais que o débito cardíaco.

Aterosclerose (baseado em sua totalidade em DUARTE, 1998)

Pode-se afirmar hoje que a doença aterosclerótica se constitui na principal causa de morbidade e mortalidade na maioria dos países industrializados, bem como nos grandes centros urbanos de países em desenvolvimento, particularmente em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Agravada ou desencadeada pelos denominados fatores de risco, hoje plenamente reconhecidos como tal, no idoso, a aterosclerose associa-se a arteriosclerose senil, esta inexorável com o envelhecimento. Para esta ainda é válido o entendimento de Moschcowitz, formulado há aproximadamente meio século, segundo o qual a arteriosclerose é um fenômeno fisiológico conseqüente à ação prolongada de pressão intravascular sobre a estrutura das paredes dos vasos, sendo secundária à deposição de lipídes, colágeno e cálcio. Iniciar-se-ia no berço para adquirir identidade anatomoclínica na idade adulta e na velhice. Formulava, então, resumindo a etiologia da arteriosclerose, a seguinte equação:

$$\text{Arteriosclerose} = \text{pressão intravascular} \times \text{tempo}$$

A arteriosclerose senil, portanto, seria resultante de alterações próprias de processo natural é uma entidade anatomopatológica e clínica autônoma, resultante da ação de múltiplos fatores muito bem reconhecidos.

Arteriosclerose (baseado em sua totalidade em DUARTE, 1998)

Não representa uma entidade clínica e anatomopatológica autônoma, sendo utilizada para congregar um conjunto de processos, cujo denominador comum é o espessamento da parede arterial e, em decorrência, diminuição de sua elasticidade.

Andropausa (baseado em sua totalidade em BONACCORSI, 2001)

É uma designação inapropriada para o quadro clínico resultante do declínio progressivo da produção androgênica encontrado em pelo menos 20% dos homens com idade entre 60 e 70 anos.

Como a produção de testosterona diminui regularmente, em homens de 75 anos os

níveis médios de testosterona são somente 65% daqueles dos adultos jovens. A etiologia deste declínio da testosterona dependente da idade é multifactorial e envolve alterações testiculares primárias, disfunção da regulação neuroendócrina das gonadotropinas, elevação das concentrações séricas de globulina ligadora de hormônios sexuais e redução da sensibilidade dos receptores androgênicos. Este quadro clínico complexo pode se dever aos efeitos conjuntos do próprio processo de senescência e de doenças intercorrentes. No entanto, existem evidências que o declínio dos níveis de testosterona próprio da idade é, pelo menos em parte, co-determinante deste quadro clínico, visto que a reposição androgênica tem mostrado efeitos favoráveis em mais de 30% destes idosos assintomáticos.

Andropausa ou climatério viril: São termos até bem pouco usados para designar um quadro clínico pouco estudado e muito questionado, que ocorre em uma parcela significativa de homens acima de 60 anos. Determinados hábitos de vida e o stress psicogênico são alguns dos fatores contribuintes para esta ocorrência mais precoce. Entre os motivos para a descrença sobre a existência da andropausa estariam o fato dela não ocorrer em todos os homens desta faixa etária, a confusão do seu quadro clínico com o da senescência, e, por fim, a ausência de dados clínicos e laboratoriais fidedignos comprovando sua existência.

A andropausa dentro do processo de senescência: A andropausa não é um processo isolado mas parte de outro mais amplo que é a senescência, a qual ocorre a partir de várias idades e por uma série de fatores variados, dos quais o mais importante é a hereditariedade. Na senescência ocorre uma série de alterações nos níveis circulantes de hormônios, neurotransmissores, neuropéptdeos, vitaminas e diversas outras substâncias sendo que algumas destas alterações bioquímicas, sabe-se hoje, têm papel preponderante na gênese do declínio da função androgênica do homem idoso. Enquanto a concentração de cortisol circulante permanece estável ou mesmo discretamente mais elevada, a dos C-19 esteróides adrenais sofre uma acentuada redução (adrenopausa) já a partir dos 40 anos, sendo esta primeira alteração hormonal encontrada no processo de envelhecimento.

Fatores que afetam os níveis de testosterona nos idosos

Fatores fisiológicos e estilo de vida

Além do próprio processo de envelhecimento, existem fatores fisiológicos e

outros relacionados ao estilo de vida (alimentação, atividade física, sexualidade, etc.) que influenciam a variabilidade destes níveis, e que devem ser considerados na avaliação do homem idoso. A hereditariedade é um deles.

Fatores Patológicos

Mesmo que a senescência reduza os níveis de testosterona, doenças enterocorrentes, mais incidentes nesta época, podem acentuar este declínio.

Devem-se mencionar os efeitos dos muitos medicamentos e drogas como ação central e/ou periférica adversa sobre a função testicular. Dentre eles, sobressaem os glicocorticóides e os neurolépticos, ambos muito frequentemente usados nos idosos, os quais induzem reduções da TL por ações combinadas no nível testicular e hipotálamo-hipofisário.

Fisiopatologia do declínio da função androgénica no homem idoso

Além das alterações primárias da função testicular, o hipoandrogenismo no idoso se deve ainda a uma disfunção neuroendócrina central, ao aumento da SHBG dependente da idade e a um distúrbio dos receptores androgénicos periféricos.

Alterações testiculares primárias

Uma causa testicular como origem inicial do hipoandrogenismo do homem idoso é sugerida pela diminuição do número de células de Leyding e pela redução da resposta secretória absoluta da testosterona ao estímulo pelo hormônio gonadotrófico coriônico, ainda que o percentual deste aumento seja normal. Estas alterações se deveriam a fatores vasculares locais levando a uma deficiente oxigenação testicular e, possivelmente, também a fatores imunológicos.

Importância clínica do hipoandrogenismo na senescência

O quadro clínico do homem idoso com insuficiência androgénica parcial é bastante semelhante ao do homem jovem, o que sugere que uma boa parte destas alterações clínicas se devam ao hipoandrogenismo. Sendo as manifestações clínicas destes pacientes de carácter multifactorial, torna-se difícil determinar se elas seriam devidas ao processo de

senescência per se, ao relativo hipoandrogenismo, à presença de doenças intercorrentes e aos medicamentos nelas prescritos ou mesmo aos efeitos conjuntos destas mesmas condições patológicas.

No momento atual, considera-se que o hipoandrogenismo do homem idoso, possa, na melhor das hipóteses, ser responsável por uma parcela do quadro clínico neles observado, uma grande parte dos sinais e sintomas neles encontrados seria consequência de doenças intercorrentes, habitualmente mais incidentes nesta faixa etária e, também, do processo de senescência per se.

Hipoandrogenismo da senescência e atividade sexual

A senescência no idoso se acompanha de uma queda significativa da libido e da atividade sexual. Como se constatou que 80% dos homens com mais de 60 anos permanecem sexualmente ativos, é bem provável que o percentual do homens clinicamente afetados esteja pouco acima de 20%. Os níveis androgênicos necessários para manter a atividade sexual e a libido são relativamente reduzidos. Foi constatado que, em homens com menos de 50 anos, níveis de testosterona em torno de 60% dos valores de referência são suficientes para manter a função sexual, mesmo que não se saiba ainda se o mesmo é válido para homens idosos.

Se bem, que níveis adequados de testosterona sejam necessários para manter libido, ereções noturnas e aquelas induzidas por pensamentos eróticos, e também de codeterminar a capacidade erétil, de vez que a testosterona estimula a produção e liberação de óxido nítrico nos corpos cavernosos, parece que estes níveis são antes reduzidos que elevados. Por este motivo, muitos homens idosos, ainda que com níveis de testosterona discretamente reduzidos, porém saudáveis e sem fatores não-hormonais facilitadores de DS, permanecem sexualmente ativos.

Tratamento (baseado em sua totalidade em POMPEO, 2003)

Deve-se fazer reposição hormonal em homens com manifestações clínicas e com dosagens de testosterona abaixo da normalidade. Em contrapartida, não devem ser tratados indivíduos assintomáticos ou com avaliação laboratorial normal.

O objetivo do tratamento com andrógenos é possibilitar a melhora da qualidade de vida dos pacientes, mantendo força muscular, densidade óssea, libido, atividade sexual e humor.

Não existe limite de idade para a reposição hormonal. A resposta clínica é o principal marcador do sucesso terapêutico, embora seja desejável a normalização dos níveis séricos da testosterona. A suplementação, além dos níveis da normalidade, deve ser evitada devido aos riscos reconhecidos em relação a próstata, fígado, mama (ginecomastia efeito aromatase-estradiol), retenção hídrica e sobre a eritropoiese.

Recomendações prévias à reposição hormonal

- Avaliação prostática pelo toque retal e dosagem do antígeno prostático específico (PSA).
- Perfil lipídico e hematócrito.
- Avaliação da função hepática.

Drogas utilizadas e vias de administração

1. Orais: undecanoato de testosterona - cápsulas de 40 mg (1 a 4 por dia) ajustadas para um nível adequado nas 24 horas. Não devem ser utilizadas drogas derivadas da testosterona 17-alfa-alquiladas pela hepatotoxicidade (colestase e tumores), como a mesterolona, a fluose-mesterolona e a metiltestosterona.
2. Injetáveis: a via intramuscular é a mais empregada em doses de 200 a 250 mg de ésteres de testosterona em veículo oleoso (enantato, cipronato, propionato), a cada três a quatro semanas. Tal esquema induz um pico agudo e elevado da testosterona, que vai decaindo lentamente. Seu uso pode estar associado ao desenvolvimento de ginecomastia por conversão da testosterona em estrógenos. As doses devem ser ajustadas para cada paciente em função da resposta clínica e dos níveis séricos de testosterona imediatamente antes da injeção subsequente.
3. Adesivos cutâneos: mantêm níveis mais estáveis da testosterona, porém a presença frequente de reações alérgicas e o maior custo resultam em baixa aceitação. O adesivo (patch) escrotal tem ainda a desvantagem de elevar desproporcionalmente a DHT (risco prostático), além de necessitar de tricotomia local.
4. Gel cutâneo: reproduz o ciclo circadiano, mantendo níveis séricos estáveis durante todo o período e não produz efeitos significativos na eritropoiese. Deve ser aplicado (5 mg/dia) em áreas de poucos pêlos. Pode ocorrer absorção dos contatos. O custo também constitui fator a ser considerado.

5. Gonadotrofinas: vantagem teórica em hipogonadismo de origem central. Utilização limitada pelo preço elevado e pela necessidade de administração parenteral freqüente.

Contra-indicações

A. Absolutas:

- Câncer da próstata;
- Câncer de mama.

B. Relativas:

- Hiperplasia benigna da próstata;
- Policitemia;
- Apnéia do sono;
- Ginecomastia;
- Alteração da função hepática (via oral).

Como o tratamento não visa a cura do hipogonadismo e sim seu controle, a reposição deverá ser contínua, assim como o seguimento dos pacientes. Devem-se realizar avaliações trimestrais no primeiro ano e, a seguir, anualmente. Parâmetros:

- Próstata: toque retal e PSA;
- Perfil lipídico;
- Enzimas hepáticas;
- Hematócrito (eritropoiese);
- Apnéia do sono.

Climatério (baseado em sua totalidade em FONSECA, 2004)

Introdução

O climatério é caracterizado por modificações precoces, como fenômenos vasomotores, disfunções endócrinas, assim como alterações emocionais; e alterações tardias, como a perda óssea acelerada, doenças cardiovasculares, atrofia genital e outras.

O controle da mulher climatérica através de avaliação clínica e exames é

fundamental para que possa ser direcionado o melhor tipo de assistência para cada mulher.

Diagnóstico

Na maioria das vezes o diagnóstico de climatério pode ser feito pelo quadro clínico que é sugestivo e que se inicia ao redor dos 45-50 anos em nosso meio.

A confirmação do diagnóstico pode ser feita pelas dosagens de FSH (hormônio folículo estimulante), LH (hormônio luteinizante) que estão aumentados e de estradiol que se encontra diminuído.

Nesse período etário é importante que seja realizada monitorização adequada dessas mulheres, pois ocorrem alterações metabólicas, endócrinas e elevada incidência de neoplasias, que necessitam ser diagnosticadas precoce e adequadamente.

Tratamento

Assistência à mulher climatérica

As mulheres perto do climatério, ou que venham a apresentar manifestações sugestivas, devem ser adequadamente orientadas e assistidas. Deve-se analisar vários fatores: medidas gerais, tratamentos individualizados para condições específicas e, quando necessário, terapia de reposição hormonal convencional, que deve levar em consideração a necessidade, riscos, benefícios e contra-indicações. Outras possibilidades seriam os tratamentos alternativos, como, por exemplo, com fitormônios, drogas não hormonais, acupuntura e outros.

Medidas gerais

➤ Alimentação

- Alimentos recomendados: leite desnatado, queijo branco, ricota, iogurte, vegetais verdes, peixes, aves sem pele, carne magra, frutas ricas em água.
- Alimentos não recomendados: leite integral, creme de leite, manteiga, queijos integrais curtidos ou cremosos, frituras, sorvete cremoso, gema de ovo, tortas, bolos, biscoitos, abacate, coco, banha de porco, bacon, chocolates, camarão, miúdos e carne de porco.

➤ Exercícios

A prática de exercícios com atividade física moderada é recurso de grande valia, pois além de ajudar a controlar a massa corpórea, mantém a massa muscular em melhores condições e propicia excelente relaxamento mental. Entretanto, antes do seu início, deve-se avaliar o condicionamento físico. Para as mulheres não atletas, deve-se recomendar caminhadas de 45 a 60 minutos por dia para cumprir meta de 4 a 5 km, se possível quatro dias por semana, com natação ou hidroginástica duas a três vezes por semana e também a dança que produz resultados muito bons.

➤ Pele

Deve-se manter a pele sempre limpa, usar cremes hidratantes, ter alimentação adequada e fazer massagens localizadas.

➤ Cabelos

Os cabelos sofrem alterações nessa fase, como quebra e embranquecimento, há necessidade de se usar pente grosso de maneira a evitar que os cabelos se quebrem e caiam, e sempre à noite fazer massagem no couro cabeludo.

Hormonioterapia

A reposição hormonal continua a apresentar importância na assistência da mulher climatérica e na pós-menopausa, muito embora alguns trabalhos tenham mostrado resultados com mais riscos que benefícios. Esses estudos serviram para mostrar a necessidade de maior critério na indicação da reposição hormonal, assim como necessidade de individualização das mulheres para a indicação da reposição hormonal, bem como avaliar qual o melhor esquema para cada mulher.

A reposição hormonal continua a ter papel relevante no tratamento de mulheres climatéricas, no controle dos sinais e sintomas decorrentes do hipoestrogenismo, desde que utilizada com critério mesmo em situações especiais, como nas doenças metabólicas, auto-imunes, neoplasias e outras.

Para o tratamento hormonal há necessidade de observar-se: o tipo de hormônio, a via de administração e os esquemas terapêuticos.

Tipos de hormônios

O tipo de hormônio a ser empregado é muito importante, pois cada um apresenta características especiais, devendo-se dar preferência para os que se assemelham mais aos hormônios naturais, pois ocasionam menos efeitos adversos. Os mais empregados são:

➤ Estrogênios

- 17-beta-estradiol em várias apresentações: comprimidos, adesivos, gel, spray nasal e implantes.
- Estriol: comprimidos e creme vaginal.
- Estrogênios conjugados: comprimidos e creme vaginal.
- Promestriene: creme vaginal.
- Valerato de estradiol: comprimidos.

➤ Progestógenos

- Acetato de medroxiprogesterona; acetato de noretindrona; noretindrona; nomegestrol; levonorgestrel; acetato de ciproterona: em comprimidos.
- Acetato de medroxiprogesterona: injetável.
- Etonogestrel: em anéis vaginais.

➤ Associações estrogênios-progestógenos

- 17-beta-estradiol + noretisterona (adesivos); estrogênios conjugados + acetato de medroxiprogesterona (comprimidos); valerato de estradiol + acetato de ciproterona (comprimidos); estradiol + acetato de noretisterona (comprimidos); 17-beta-estradiol + etonogestrel (anéis vaginais).

➤ Tibolona

· É um esteróide de síntese que apresenta ações androgênica fraca, estrogênica e progestogênica e, por suas particularidades, tem atuação mais seletiva no organismo feminino, em geral com menor estimulação de efeitos proliferativos; é apresentado em comprimidos.

➤ Outros hormônios

· Decanoato de nandrolona é um anabolizante com apresentação injetável, com efeitos de esteróides, principalmente androgênicos e anabolizantes. Outros androgênios, tanto em apresentação oral como parenteral, também são utilizados no período do climatério.

Vias de administração

➤ Via oral: nesta via o hormônio é absorvido no intestino através do sistema porta e alcança o fígado onde apresenta uma série de efeitos: diminuição da lipase hepática e com isso aumento do HDL colesterol. Apresenta como desvantagens: aumento dos triglicérides, diminuição do IgF1 (fator insulinóide semelhante) e por mecanismo de retrocontrole negativo faz com que aumente o hormônio de crescimento que é hiperglicemiante e altera os fatores de coagulação e a renina. Em virtude dessas ações, esta via é preferível para mulheres hipercolesterolêmicas e não preferível para mulheres hipertensas, diabéticas, fumantes, obesas que apresentam hepatopatias e intolerância gástrica.

➤ Outras vias: adesivos, géis, injetável, implante subcutâneo, cremes e anéis vaginais, via nasal e dispositivo intra-uterino, apresentando peculiaridades importantes como ausência da primeira passagem hepática, necessitando assim de doses menores, não determinam ou agravam a hipertensão, não agravam o diabetes, reduzem os triglicérides, interferem de forma não significativa nas células hepáticas e no processo da coagulação. Assim, estas vias devem ser indicadas nas mulheres diabéticas, hipertensas, fumantes, portadoras de níveis elevados de triglicérides, mulheres com antecedentes de doença tromboembólica, de hepatopatias e intolerância gástrica.

➤ A via nasal introduzida mais recentemente permite obter rápida captação do estradiol com níveis plasmáticos máximos alcançados com 10 a 30 minutos. A concentração plasmática

retorna a 10% do valor do pico aproximadamente duas horas após ter sido administrada e em níveis pós-menopausa não tratada 12 horas após. Este perfil cinético original favorece a captação celular do estradiol com exposição tecidual intermitente, por este motivo é chamada de pulsoterapia estrogênica. Pelo exposto nesta via, o medicamento deve ser administrado de 12 em 12 horas.

Esquemas

Os esquemas mais empregados são: contínuo simples, quando do uso contínuo e isolado de estrogênio ou progestógeno; combinado contínuo, doses fixas de estrogênio e progestógeno associados sem interrupção; cíclico simples, administração de forma cíclica de estrogênio e progestógeno; combinado cíclico contínuo, estrogênio de forma contínua e progestógeno cíclico; combinado cíclico seqüencial, utilizando 21 a 25 dias de estrogênio e nos últimos 10 a 12 dias se associa progestógeno.

Deve-se salientar que para as mulheres que desejam menstruar optar pelos esquemas cíclicos, caso contrário os contínuos. Estrogênio isolado está indicado para mulheres sem útero e progestógeno isolado para mulheres que ainda apresentam menstruações, porém irregulares.

A tendência nos dias atuais é de indicar a menor dose possível de hormônio e por tempo também limitado, procurando assim reduzir o aumento do risco para câncer de mama e outros efeitos indesejáveis do uso prolongado e com doses elevadas de hormônio.

Fitoestrogênios

Os fitoestrogênios são hormônios de origem vegetal que mimetizam os hormônios sexuais femininos. Estas substâncias são encontradas em grandes concentrações na soja, *Cimicifuga racemosa*, *Trifolium pratense* e outras, sob a forma de isoflavonas, com características peculiares a cada planta.

A introdução clínica dos fitoestrogênios decorreu de observações entre mulheres asiáticas que ingeriam alimentos ricos em isoflavonas e mulheres ocidentais que não referiam este hábito alimentar; constatando-se que nas asiáticas havia menores queixas no climatério e menor incidência de mortes por câncer de mama e doenças tromboembólicas.

Nos dias atuais, embora os estudos ainda devam ser mais aprimorados, tem-se

indicado fitoestrogênios reconhecidos como medicamento pelas autoridades sanitárias para tratamento alternativo no climatério, assim como se tem estimulado o consumo de alimentos sabidamente ricos em fitormônios.

As indicações dos fitoestrogênios são: desejo da mulher, opção do profissional, intolerância ou não aceitação para a reposição hormonal convencional ou quando esta for contra-indicada, pacientes idosas ou manutenção de tratamento. O princípio de ação dos fitoestrogênios é a sua atuação preferencial nos receptores estrogênicos beta e fraca ou mesmo ausente nos receptores alfa, apresentando assim menor efeito proliferativo e provavelmente menos efeitos adversos como aumento do risco para câncer de mama e doenças cardiovasculares.

Os produtos disponíveis no mercado como droga ativa ainda são poucos, preparados com a *Cimicifuga racemosa*, *Trifolium pratense* e, mais recentemente, a soja, pois existem inúmeros produtos elaborados com a soja, que são considerados apenas suplemento alimentar. Para essas substâncias serem efetivas, devem conter isoflavonas ricas em daidzeína, gliciteína e genisteína, em dose mínima de 40 a 60 mg para uso diário. Os estudos ainda necessitam de melhor padronização, mostram resultados favoráveis na melhora dos sintomas climatéricos e algumas evidências de benefício na massa óssea e risco cardiovascular.

Tratamento não hormonal

O tratamento não hormonal no climatério está indicado nas seguintes eventualidades:

1. Pacientes nas quais a terapia hormonal é contra-indicada;
2. Pacientes que não respondem à terapia esteróide;
3. Pacientes que não querem terapia hormonal, mas pedem alívio sintomático;
4. Pacientes que não toleram esteróides sexuais devido aos efeitos colaterais, tais como náuseas ou retenção hídrica.

Vários são os esquemas terapêuticos alternativos para o tratamento da síndrome climatérica, mas é importante salientar que cada medicamento tem sua ação, aliviando algum sintoma específico ou algum efeito metabólico, não sendo comparados a terapia hormonal que

atinge todos os objetivos, ou seja, alivia sintomatologia, efeitos metabólicos e degenerativos.

A literatura chama à atenção para a falta de estudos prospectivos randomizados, duplo-cego, da eficácia terapêutica desses agentes não hormonais. No entanto, vários grupos de medicamentos têm sido utilizados com sucesso. Assim, para alívio das ondas de calor o ciclofenil, o veralipride e a cinarizina; para as tonturas a cinarizina; nas pacientes hipertensas, diminuindo os níveis pressóricos e aliviando as ondas de calor a clonidina. Em pacientes com colesterol e triglicérides aumentados se utilizam drogas com ação no metabolismo lipídico como as vastatinas (lovastina, sinvastatina, pravastatina e atorvastatina) e os fibratos (bezafibrato, genfibrozil, fenofibrato).

Nas pacientes com tendência a osteoporose e na impossibilidade de medicação hormonal estão indicados: calcitonina, hormônio paratireóide, bisfosfonatos, cálcio, vitamina D e vitamina E.

Os tranqüilizantes ou ansiolíticos e os antidepressivos e as vitaminas são utilizados nas pacientes tensas ou com depressão.

Outros medicamentos, como o propranolol que é um beta-bloqueador, diuréticos como as tiazidas etc., também proporcionam alívio das ondas de calor.

Os moduladores seletivos de estrógenos (SERMs) são substâncias que se ligam a receptores estrogênicos em alguns tecidos e simulam atividade estrogênica (efeito agonista) e em outros inibem a atividade estrogênica (efeito antagonista). O cloridrato de raloxifeno é um derivado do benzotiofeno não hormonal que atua como um SERM de segunda geração com características especiais que o difere de outros SERMs, como o tamoxifeno. A atividade agonista (efeito estrogênico) ocorre no metabolismo ósseo, no perfil lipídico e nos níveis de fibrinogênio. Ao contrário, a atividade antagonista pode ser observada no tecido uterino (miométrio e endométrio), bem como no tecido mamário. A dose de raloxifeno a ser empregada no tratamento de mulheres climatéricas é de 60 mg por dia.

Osteoporose (baseado em sua totalidade em HEGG, 2001)

Um dos achados não raros em pessoas idosas é a osteoporose que, do ponto de vista epidemiológico, pode apresentar problema de difícil solução. De fato, os doentes com osteoporose somente procuram auxílio médico quando surgem algumas intercorrências, especialmente fraturas e, menos freqüentemente, dores ósseas ou diminuição da estatura.

Ressalta-se ainda que a prevalência de osteoporose somente pode ser medicada por métodos que avaliem a densidade óssea, o que, entretanto, nem sempre guarda relação muito nítida com a resistência óssea.

Classificação etiopatogênica

A osteoporose generalizada, assim definida, deve ser considerada como uma síndrome que pode ser ocasionada por grande número de fatores. Ela pode ser dividida em dois grupos: primária, na qual as causas fundamentais não são bem conhecidas, e secundária.

Convém lembrar também a possibilidade de existir mais de uma causa, além de alguns fatores interferentes como, por exemplo, os corticóides, que podem promover maior alteração óssea em pacientes na pós-menopausa do que na pré-menopausa.

A osteoporose involutiva do tipo I (pós-menopausa) está presente nas mulheres, e sua evolução se faz num período de 15 anos após a menopausa, sendo a causa mais importante a deficiência estrogênica que ocorre neste período. O elemento clíico fundamental são as fraturas de coluna ou de rádio.

A osteoporose tipo II atinge ambos os sexos, em pessoas com idade acima de 75 anos, e é caracterizada por perda cortical óssea predominate, mas também com perda de osso trabecular.

À medida que aumenta a perda óssea relativa à idade, a densidade óssea diminui, alcançando o limiar de fratura e, em consequência, os doentes com menor massa óssea terão maior tendência a fratura.

A seqüência patogênica neste tipo de osteoporose envolve dois elementos fundamentais: diminuição de formação óssea por provável deficiência osteoblástica; e maior atividade paratiroideana consequente a menor absorção intestinal de cálcio por deficiência renal na formação de vitamina D.

Diagnóstico e avaliação

A conceituação de osteoporose envolve demonstração de massa óssea diminuída, na ausência de sinais clínicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos característicos de outras doenças ósseas metabólicas.

Prevenção

Embora a prevenção deva ser desenvolvida para todos os indivíduos, a existência de fatores que podem acelerar ou desencadear o processo osteoporótico permite selecionar um grupo de pacientes com maior risco de apresentar a doença. Ressalta-se ainda a necessidade de uma campanha que vise alertar os indivíduos sobre a existência do problema, bem como da noção dos fatores de risco, favorecendo o encaminhamento dos doentes para prevenção em tempo útil.

Os fatores de risco mais importantes são: raça, estrutura corpórea frágil, baixa ingestão de cálcio, história familiar de osteoporose, menopausa precoce, tabagismo e ingestão de café ou álcool.

Do conhecimento dos fatores de risco que podem levar ao osteoporose decorrem as medidas preventivas gerais, como aumento da ingestão de cálcio, exercício físico e reposição hormonal.

Tratamento

O êxito do tratamento da osteoporose na pós-menopausa depende de fatores múltiplos. Um dos aspectos de maior importância e que necessita ser enfatizado se refere à precocidade das medidas terapêuticas, ou seja, a prevenção da osteoporose. Em outras palavras, o tratamento precisa ser instituído antes que surjam graves alterações na arquitetura óssea. Outro aspecto também importante é o conhecimento da fisiopatologia, apesar dos pontos obscuros. No estado atual dos conhecimentos, as medidas terapêuticas preconizadas para as pacientes osteoporóticas envolvem medicamentos de vários tipos, como, por exemplo, cálcio, estrogênios, progestogênios, vitamina D, calcitonina, fluoreto de sódio, tiazidas, bisfosfonatos e moduladores seletivos do receptor de estrogênio (SERM). Além dessas medidas, é recomendado que a paciente receba aconselhamento dietético para assegurar ingestão adequada de cálcio e seja orientada a praticar exercício físico, além de exposição ao sol.

As estratégias para prevenção da osteoporose nos dias atuais, são aquelas que procuram identificar as mulheres de risco para o desenvolvimento da osteoporose pós-menopáusia. Neste particular a ajuda do ginecologista é de fundamental importância. Este é o especialista que atende a paciente no momento em que se inicia a perda óssea com maior intensidade e, portanto, tem a condição de identificá-la e indicar medidas profiláticas, visando

diminuir esse processo.

Os fatores genéticos são os principais responsáveis pelo pico de massa óssea do adulto, enquanto que a nutrição exagerada e a prática incontrolada de exercícios não elevam a massa óssea além dos limites geneticamente determinados, porém, por outro lado, a subnutrição e a falta de exercícios podem dificultar o alcance desses níveis de massa óssea determinados pela condição genética.

O risco da osteoporose pode ser reduzido se conseguirmos um aumento no pico de massa óssea ou diminuição da taxa de perda óssea. Recomenda-se o consumo adequado de cálcio, quer através dos produtos alimentares, quer através de medicamentos.

O tratamento na prevenção da osteoporose pós-menopáusia se resume em cuidados dietéticos, exercícios físicos, suplementação de cálcio e terapêutica de reposição hormonal (TRH).

A TRH iniciada na época da menopausa, atende à fisiopatologia da perda óssea e reduz o risco de fratura durante o tempo da terapia.

Quando mulheres apresentam hipoestrogenismo recebem terapia hormonal, observa-se melhora de muito dos efeitos da perda da função ovariana. As alterações bioquímicas na homeostase mineral, principalmente o aumento do cálcio, fósforo e fosfatase alcalinas séricas, além de cálcio e hidroxiprolina urinários, são revertidas, portanto estudos bem controlados demonstram que os estrogênios previnem a perda óssea da mulher pós-menopáusia.

Os estrogênios administrados por via transdérmica parecem ser igualmente efetivos na conservação da massa óssea no período de pós-menopausa na dose de 50 mg/dia, reduzindo a excreção urinária de cálcio e hidroxiprolina.

Outro agente anti-reabsortivo ósseo que pode ser usado nas pacientes em que a TRH esta contra-indicada é a calcitonina humana injetável, que tem mostrado a mesma efetividade que a reposição hormonal na conservação da massa óssea em mulheres na pós-menopausa. Recentes estudos têm mostrado que calcitonina nasal também pode ser efetiva.

Os bisfosfonatos são análogos estáveis do pirofosfato inorgânico, onde o radical oxigênio da ligação P-O-P, característico do pirofosfato, é substituído pelo radical carbono, formando uma ligação P-C-P.

Substituindo-se o hidrogênio presente no átomo de carbono por outros elementos,

vários bisfosfonatos podem ser sintetizados com características físicas, químicas, biológicas e terapêuticas diferentes.

Alguns bisfosfonatos podem ser utilizados por via oral ou intravenosa e outros existem apenas na apresentação intravenosa.

A absorção intestinal dos bisfosfonatos orais é pequena e extremamente variável, tornando-se diminuída quando administrada junto às refeições e na presença de cálcio. Por isso, quando utilizados por via oral, devem ser ingeridos com água, nunca com produtos lácteos, após jejum de pelo menos duas horas.

➤ O papel do cálcio

O esqueleto adulto sofre um contínuo processo de remodelação com acoplamento das funções de reabsorção e formação óssea. No período da pós-menopausa a quantidade de osso reabsorvida aumenta agudamente, enquanto a quantidade de osso formado aumenta moderadamente. Dessa forma, com este balanço negativo de cálcio, a cada ano se perde de 1% a 3% de osso cortical e acima de 5% de osso trabecular. Esta perda óssea é mais acentuada nos primeiros anos do período pós-menopáusico. Perdura por cerca de 10 a 15 anos, após o que é consideravelmente diminuída.

Embora existam controvérsias, parece que a opinião prevalente é que o cálcio tem efeitos benéficos como coadjuvante na prevenção da osteoporose pós-menopáusica, não podendo, no entanto, substituir os efeitos de proteção da TRH. Por outro lado, tem sido recomendado a ingestão adequada de cálcio, especialmente através de sua principal fonte alimentar: o leite e seus derivados. Infelizmente, o consumo de leite em populações adultas tem decrescido possivelmente em decorrência dos problemas de intolerância à sua ingestão e pelo medo de ganhar peso, mormente entre mulheres. Esta razão tem fundamentado a indicação de suplementos de cálcio.

Deve-se evitar em uma mesma refeição os alimentos ricos em cálcio e em fibras, pois estes diminuem a absorção intestinal de cálcio. Quando, ocorra necessidade de ingestão de fibras, deve-se recomendá-las em refeições distantes daquelas em que se espera a absorção de cálcio.

A principal fonte alimentar de cálcio é o leite e seus derivados. As tabelas de conteúdo de cálcio nos alimentos (excetuando-se o leite e os derivados) não refletem verdadeiramente a quantidade de cálcio real absorvida. Um copo de leite tem cerca de 300 mg

de cálcio.

Como a adequação dos hábitos dietéticos com a finalidade de atingir a quantidade necessária recomendada de cálcio não é habitualmente conseguida, orienta-se em número apreciável de casos a suplementação de cálcio.

➤ O papel do complexo osseína-hidroxiapatita (COH)

Nos casos em que não se consegue uma suplementação adequada de cálcio, podemos utilizar geralmente o complexo osseína-hidroxiapatita (COH) ou carbonato de cálcio, já que esses fármacos fornecem uma proporção maior de cálcio. Estudos sugerem que a utilização do COH na dose de 1.400 a 2.000 mg/dia, apresenta efeito favorável na prevenção da osteoporose pós-menopausa. Este complexo contém microcristais de hidroxiapatita (1,6% de cálcio, 0,74% de fósforo), traços de metal (Zn, St, Fe), proteína aminoácidos e glicosamino-glicanas. A osseína, constitui-se na parte protéica do COH< é composta por fatores de crescimento, osteocalcina e colágeno do tipo 1. Parece atuar estimulando os osteoblastos contribuindo para um aumento da formação óssea e retardando o desenvolvimento dos precursores dos osteoclastos. A parte mineral, a hidroxiapatita, é composta por cálcio e fósforo e atua diminuindo a reabsorção óssea e melhorando a qualidade do osso formado. Devemos ressaltar que sua associação com a terapêutica de reposição hormonal (TRH) mostrou resultados aditivos sinérgicos significativos, com expressivo ganho de massa óssea comparada ao emprego da TRH isoladamente.

Em resumo, podemos afirmar que o cálcio deve ser incorporado a qualquer esquema preventivo terapêutico para a osteoporose. De maneira geral a ingestão de cálcio pela alimentação esta aquém das quantidades diárias recomendadas. Daí, a necessidade de complementação através de fármacos, portanto o principal benefício de cálcio é melhorar o pico de massa óssea na mulher menopausada, ele é um adjuvante, mas não um substituto para o TRH.

Vitamina D: é importante referir que a vitamina D, principalmente a 1,25-diidroxicolecalciferol, tem um papel anti-reabsortivo no metabolismo ósseo. A falta de 1,25-diidroxí vitamina D, causada pela inadequada digestão alimentar e exposição ao sol, piora a ativação da vitamina D ou resistência adquirida a vitamina D resulta em redução da absorção intestinal de cálcio. Na ausência de vitamina D, menos de 10% da ingestão diária de cálcio poderá ser absorvida. Ademais, é responsável também pela reabsorção tubular renal de cálcio

e pela mobilização de cálcio do osso. Fontes de vitamina D, além dos suplementos e da luz solar, incluem os produtos laticínios enriquecidos com vitamina, óleo de fígado de bacalhau e a gordura de peixes.

Doses excessivas de vitamina D, no entanto, devem ser evitadas pelo risco em particular de hipercalcemia e hipercalcúria.

Na osteoporose do tipo senil ocorre redução de vitamina D e da absorção de cálcio, possivelmente devido à diminuição da habilidade da pele e do rim para sintetizar e hidroxilar a forma ativa dessa vitamina. Ocorre também um decréscimo de absorção intestinal da vitamina D de fontes alimentares em indivíduos idosos.

Na maioria das mulheres uma dieta alimentar adequadamente equilibrada e uma boa exposição ao sol garante um aporte suficiente de vitamina D, não havendo necessidade de suplementação medicamentosa.

Atualmente, reconhece-se a necessidade de se adicionar vitamina D à suplementação de cálcio em indivíduos acima dos 70 anos com exposição diminuída ao sol e com deficiente dieta alimentar, havendo experiências comprovadas de aumento de densidade óssea e redução de fraturas com esta associação nesta faixa etária. As doses de 600-800 UI/dia têm mostrado melhora no balanço de cálcio e redução nas taxas de fraturas em indivíduos idosos.

➤ O papel dos exercícios

Os exercícios são também utilizados na prevenção da osteoporose. Realizados contra a gravidade, eles ajudam a reduzir o índice de perda óssea nas mulheres pós-menopáusicas. A magnitude desse efeito ou sua persistência ao final do programa de exercícios não está esclarecida.

A aceitação ou a aderência das pacientes aos programas de exercícios em geral não é boa. Recomendam-se exercícios que imponham sobrecarga mecânica sobre os ossos. As atividades que suportam peso, como a caminhada e a corrida, combinam a gravidade e a contração muscular para sobrecarregar mecanicamente os ossos das extremidades inferiores e a coluna. A natação mesmo que possa aumentar a sobrecarga mecânica para o rádio e os metatarsos é um estímulo insuficiente para as vértebras lombares, não sendo adequada para conservação da massa óssea no esqueleto axial.

O efeito do exercício físico sobre a massa óssea é sítio específico, ou seja, um programa de exercícios que trabalhe as extremidades inferiores poderá melhorar a densidade óssea do colo do fêmur, porém não haverá benefício na densidade do rádio, por exemplo. Além disso, os exercícios aeróbicos que melhoram o condicionamento cardiovascular (corrida, natação) podem não ser benéficos para a preservação óssea. Caso se pretenda realizar um programa adequado, ele deverá combinar exercícios aeróbicos e exercícios de sustentação de carga.

Os exercícios aeróbicos, tal como a marcha forçada, devem ser feitos pelo menos duas vezes por semana e em um período de 20 minutos. Os exercícios com carga, responsáveis por melhora de densidade óssea e aumento de força muscular no nível de extremidades inferiores e superiores e da coluna vertebral, devem ser realizados três vezes por semana e por um período de 30. É fundamental variar o tipo de exercícios, evitando a prática de apenas um tipo, por exemplo, marcha forçada; a associação trará benefício duplo, fazendo a profilaxia de osteoporose e cardiovascular. Deve-se também salientar que o exercício só é benéfico quando contínuo, os programas de exercícios devem ser vitalícios.

Diabetes Mellitus

Segundo Mancini et al (1999, p.77) o diabetes mellitus (DM) é uma síndrome de alterações metabólicas e hiperglicemia devido à deficiência absoluta ou relativa da secreção de insulina e ou redução de sua eficácia biológica.

Atualmente, a classificação do diabetes foi modificada e não possui mais os termos insulino-dependente e não insulino-dependente. O diabetes tipo 1 é caracterizado pela destruição das células b-pancreáticas, o que leva a uma deficiência absoluta de insulina pancreática que, por sua vez, leva a cetose. Ocorre principalmente na infância e adolescência, mas pode ocorrer também no adulto diante de situações de estresse orgânico importante. Certos antígenos de histocompatibilidade (HLA) estão fortemente associados ao desenvolvimento de diabetes do tipo 1, principalmente os antígenos HLA-DR3 e/ou HLA-DR4(2). Além disso, anticorpos circulantes anticélula da ilhota foram encontrados em 85% dos pacientes testados nas primeiras semanas de diagnóstico(3). Existem algumas teorias etiopatológicas propostas para o diabetes tipo 1. Em linhas gerais, acredita-se que resulte de uma lesão infecciosa ou tóxica ou por citocinas e anticorpos liberados de linfócitos sensibilizados (MANCINI et al, 1999).

O diabetes tipo 2 é um grupo heterogêneo em que temos, de um lado, resistência à insulina e, de outro, liberação de insulina pancreática progressivamente diminuída. Nesse grupo, a obesidade (particularmente do tipo central ou andróide) é muito frequente e relacionada, portanto, com gordura visceral e, conseqüentemente, com a síndrome plurimetabólica ou síndrome X.

Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus tipo 2 (baseado em sua totalidade no Consenso Brasileiro de Diabetes 2002, 2003)

Introdução

Em relação ao tratamento do diabetes mellitus (DM) do tipo 2, o estudo mais importante nesta linha é o United Kingdom Prospective Diabetes Study, que analisou se o controle rigoroso da hiperglicemia e da hipertensão arterial era capaz de reduzir as complicações do DM e a mortalidade.

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, freqüentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

As conseqüências do DM a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. As complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual.

Os sintomas decorrentes de hiperglicemia acentuada incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia e infecções.

Prevenção

Medidas de prevenção do DM são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre a morbi-mortalidade destes pacientes, principalmente em razão de se poder evitar as complicações cardiovasculares. Enfatiza-se em especial a adoção de estilo de vida saudável, com dieta balanceada e exercícios físicos regulares. A restrição energética moderada, baseada

no controle de gorduras saturadas, acompanhada de atividade física leve, como caminhar 30 minutos cinco vezes por semana, pode reduzir a incidência de diabetes do tipo 2 em 58% das pessoas com risco elevado para o desenvolvimento desta afecção. Por outro lado, alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, a acarbose, a troglitazona, e da obesidade como orlistat, comprovaram eficácia na prevenção do diabetes do tipo 2 em, respectivamente, 31%, 25%, 56% e 37% dos pacientes com intolerância ou com diabetes gestacional testados. Poderiam ser utilizados quando houvesse impedimento ou falência das medidas modificadoras do estilo de vida.

Classificação

O DM do tipo 1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência á cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida. A forma rapidamente progressiva é comumente observada em crianças e adolescentes, porém pode ocorrer também em adultos. A forma lentamente progressiva ocorre geralmente em adultos e é referida como diabetes latente auto-imune do adulto.

O DM do tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência á insulina e deficiência relativa da excreção de insulina. A maioria dos pacientes tem excesso de peso e a cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves. O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir dos 40 anos de idade, mais raramente em adolescentes.

É importante ressaltar que, nos últimos anos, a incidência de diabetes do tipo 2 vem crescendo entre as crianças e jovens nos Estados Unidos, em associação ao aumento da obesidade.

O DM gestacional é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto.

Estágios de tolerância a glicose e diagnóstico:

Os procedimentos diagnósticos empregados são a medida da glicose no soro ou plasma após jejum de 8 a 12 horas e o teste padronizado de tolerância à glicose após administração de 75 gramas de glicose anidra por vía oral, com medidas de glicose no soro ou

plasma nos tempos 0 e 120 minutos após a ingestão.

A administração da glicose é feita preferencialmente no plasma.

Tratamento do Diabetes mellitus do tipo 2:

Princípios gerais e objetivos:

O tratamento do DM inclui as seguintes estratégias: educação, modificações no estilo de vida, que incluem suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares; e, se necessário, uso de medicamentos.

O tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular é essencial para a redução da mortalidade cardiovascular. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis (manutenção de peso adequado, prática regular de exercício, suspensão do fumo e baixo consumo de bebidas alcoólicas). Mudança no estilo de vida é difícil de ser obtida, mas pode ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento, e não apenas na primeira consulta. Isto é particularmente importante, porque o UKPDS demonstrou que após o aparecimento do DM há uma piora progressiva e inexorável do controle glicêmico, independente do emprego de agentes antidiabéticos. É possível que esta piora possa ser atenuada ou evitada com modificações no estilo de vida (perda de peso e incremento na atividade física) e/ou com o uso de medicamentos anti-hiperglicemiantes.

- Educação alimentar

Princípios gerais:

A educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM. Não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada.

O objetivo geral da orientação nutricional é auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico.

Os objetivos específicos da terapia nutricional são: contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através da nutrição adequada.

Recomendações complementares:

O profissional deverá insistir nas vantagens do fracionamento dos alimentos, distribuídos em três refeições básicas e duas a três refeições intermediárias complementares, nelas incluída a refeição noturna.

Deve-se procurar manter constante, a cada dia, a quantidade de carboidratos ingerida, bem como sua distribuição nas diferentes refeições.

- Tratamento da obesidade

Considerando a freqüente associação do excesso de peso nos pacientes diabéticos, o tratamento agressivo da obesidade é parte essencial do manejo dos pacientes diabéticos. Pequenas reduções de peso (5% a 10%) se associam a melhora significativa nos níveis pressóricos e nos índices de controle metabólico e reduzem a mortalidade relacionada ao DM.

O tratamento da obesidade deve-se iniciar com a prescrição de um plano alimentar hipocalórico e o aumento da atividade física.

Tratamento medicamentoso da hiperglicemia

Os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso das medidas dietéticas e do exercício. A natureza progressiva do DM, caracterizada pela piora gradual da glicemia de jejum ao longo do tempo, faz com que haja necessidade de aumentar a dose dos medicamentos e acrescentar outros no curso da doença. A combinação de agentes com diferentes mecanismo de ação é comprovadamente útil.

- Uso de insulina

Alguns pacientes diabéticos do tipo 2 irão necessitar de terapia insulínica logo após o diagnóstico e muitos ao longo do tratamento.

O emprego da insulina pode se associar a aumento de peso e presença de reações hipoglicêmicas. As principais indicações do uso de insulina estão descritas a seguir:

#No diagnóstico, quando os níveis de glicose plasmática estiverem muito

elevados, especialmente se acompanhados de perda de peso, cetonúria e cetonemia. Alguns destes pacientes provavelmente não são do tipo 2, mas do tipo 1 de início tardio e, portanto, são dependentes de insulina. Pacientes obesos, com glicemia elevada na fase inicial do tratamento, podem não requerer insulina;

#quando os medicamentos orais não conseguirem manter os níveis glicêmicos dentro de limites desejáveis;

#durante o tratamento com outros medicamentos quando surgirem intercorrências tais como cirurgias, infecções e acidente vascular cerebral, nas quais os níveis glicêmicos elevados podem piorar o prognóstico.

- Medicamentos antidiabéticos orais:

- #Sulfoniluréias:

- Estimulam a secreção de insulina ligando-se a um receptor específico na célula beta que determina fechamento dos canais de potássio dependentes de ATP, resultando em despolarização da célula.

- Aqueles com DM de início recente e valores de glicose entre 220 e 240mg/dl, as sulfoniluréias poderão reduzir os níveis de glicose plasmática aos desejáveis. Mesmo atingido o bom controle, anualmente cerca de 5% a 10% destes pacientes passarão a apresentar um controle glicêmico insatisfatório. Cerca de 60% a 75% dos pacientes apresentarão uma boa resposta às sulfoniluréias, mas não atingirão os níveis glicêmicos desejáveis, necessitando logo da adição de outro agente antidiabético.

- Esta categoria compreende diversos compostos: clorpropamida, glibenclamida, glipizida, gliclazida e glimepirida. O efeito clínico das sulfoniluréias é semelhante.

- Existem evidências de que as sulfoniluréias mais modernas apresentariam potenciais vantagens decorrentes de um efeito antioxidante-gliclazida-e menor interação cardiovascular-glimepirida-que poderiam resultar em efeito cardiovascular benéfico.

- #Metformina:

- É um composto do grupo das biguanidas que aumenta a sensibilidade da insulina nos tecidos periféricos, principalmente no fígado. A redução da glicemia provocada pela

metformina se deve especialmente à diminuição da produção hepática de glicose. A metformina, quando associada a sulfoniluréias, determina um efeito hipoglicemiante aditivo.

Não está associada a aumento de peso, podendo, inclusive, determinar uma diminuição de dois a três quilos durante os primeiros seis meses de tratamento.

Reduz os níveis de triglicéridos de 10% a 15% e do inibidor-1 do ativador do plasminogênio. No estudo DPP, a metformina mostrou ser capaz de evitar a progressão para DM do tipo 2 em 31% dos pacientes com intolerância à glicose participantes do estudo.

Os efeitos adversos mais frequentes são desconforto abdominal e diarreia, que são usualmente leves e transitórios. Menos de 5% dos pacientes não toleram a metformina. A metformina é contraindicada a pacientes com insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva, doença hepática crônica e uso abusivo de álcool. O medicamento deve ser interrompido durante procedimentos cirúrgicos, radiográficos com uso de contraste e intercorrências médicas graves.

#Acarbose

É um inibidor de alfa-glicosidases intestinais (maltase, isomaltase, sacarase, glicoamilase) retardando a absorção de carboidratos e, conseqüentemente, a entrada da glicose na circulação. Isto permite que a célula beta com menor capacidade de produzir insulina tenha mais tempo para secretar insulina e metabolizar a glicose absorvida. A acarbose não causa má absorção. Seu principal efeito ocorre sobre a glicemia pós-prandial, sem provocar hiperinsulinemia e, por tanto, sem causar hipoglicemia. Este medicamento é particularmente útil em pacientes diabéticos que permanecem com hiperglicemia moderada (125 a 150 mg/dl) a pesar da dieta e do exercício, logo após o diagnóstico, como monoterapia, ou naqueles com glicemia de jejum próxima dos valores aceitáveis, porém com glico-hemoglobina aumentada, ou ainda durante o tratamento com sulfoniluréias e/ou metformina. A acarbose não provoca aumento de peso, podendo diminuí-lo em doses elevadas. No tratamento conjunto com sulfoniluréia e/ou insulina, a acarbose atenua o ganho de peso que comumente ocorre.

Os efeitos adversos mais frequentes são gastrointestinais meteorismo, desconforto abdominal, flatulência e diarreia em cerca de 30% dos pacientes que diminuem com o uso continuado, não existindo efeitos sistêmicos indesejáveis. Iniciar o tratamento com doses baixas de 25 mg nas refeições ajuda a tornar tais efeitos menos intensos. Constitui-se em opção terapêutica segura para idosos, já que não são descritas interações medicamentosas com outros fármacos frequentemente empregados por esta população.

#Repaglinida

É um derivado do ácido benzóico que estimula a secreção de insulina na presença de glicose. Liga-se a receptores na célula beta, diferente dos receptores das sulfoniluréias. Sua ação é mais rápida e mais curta quando em comparação a este grupo de agentes antidiabéticos; não se sabe se o seu efeito hipoglicemiante é aditivo ao da sulfoniluréia. A redução da glicose plasmática, particularmente da excursão pós-prandial, a da glico-hemoglobina é semelhante à das sulfoniluréias de ação intermediária (glibenclamida e gliclazida). Tem efeito aditivo à metformina. A repaglinida é absorvida e eliminada rapidamente por metabolismo hepático. Por esta razão, deve ser administrada antes das refeições e parece determinar menos reações hipoglicêmicas do que as sulfoniluréias.

#Nateglinida

É um derivado da D-fenilalanina, que atua através do aumento da sensibilidade da célula beta à glicose plasmática. Liga-se a receptores na célula beta, diferentes dos receptores das sulfoniluréias, produzindo despolarização da membrana, entrada de cálcio e exocitose de grânulos de insulina. Sua absorção gastrointestinal se faz rapidamente, devendo, por tanto, ser administrada minutos antes das refeições. Sua ação é mais rápida e de duração mais curta que a das sulfoniluréias. Reduz a excursão pós-prandial da glicemia sem provocar hipoglicemias ou aumentar a exposição diária dos tecidos à insulina plasmática. A nateglinida sofre metabolização, mas o composto íntegro também é eliminado na urina.

Dados preliminares não apontam benefícios da sua associação com a glibenclamida, mas a associação com a metformina tem um efeito sinérgico.

#Glitazonas

Esta classe de agentes engloba atualmente dois compostos: rosiglitazona e pioglitazona. Atuam aumentando a sensibilidade à ação da insulina nos tecidos muscular, hepático e adiposo. Desta forma, favorecem o consumo de glicose pelos tecidos periféricos (muscular e adiposo) e diminuem a produção hepática de glicose.

Quando usadas isoladamente, diminuem a glicose plasmática de jejum em cerca de 50mg/dl e a glico-hemoglobina de 0,8 a 1,5 ponto porcentual.

Um efeito adverso freqüente é um aumento de peso de dois a três quilos,

especialmente se o medicamento for utilizado em associação a insulina ou a sulfoniluréias. Pode haver também leve edema em 5% dos casos. No estudo Tripod, a triglitazona mostrou redução relativa de incidência de DM tipo 2 em 56% das mulheres com diabetes gestacional.

Diretrizes para o tratamento farmacológico do DM2

O diabetes do tipo 2 é uma doença evolutiva. Resulta de dois defeitos básicos: resistência à insulina e deficiente produção da mesma. Sendo assim, seu tratamento deve ser dinâmico e adaptado à fase da doença.

Quando predomina a resistência à insulina, evidenciada por obesidade andróide, hipertensão arterial e dislipidemia, o tratamento inicial deve ser com medicamentos sensibilizadores da ação da insulina (metformina e/ou glitazonas). Para os pacientes com peso normal ou com perda involuntária de peso, com níveis glicêmicos mais elevados, as opções terapêuticas são os secretagogos de insulina (sulfoniluréias e glinidas) ou a própria insulina. Em ambas as situações, é freqüentemente necessária a combinação de dois ou três medicamentos orais, com mecanismos de ação diferentes. No tratamento do diabetes do tipo 2 devem-se levar em consideração a potência hipoglicemiante do medicamento, a capacidade secretória da célula beta o nível de insulinoresistência do paciente.

No caso de o tratamento com dois medicamentos não ter atingido os níveis desejados de controle glicêmico, podem-se utilizar três opções:

- 1)-adicionar um terceiro agente oral da lista inicial,
- 2)-adição de insulina de ação intermediária ao deitar, ou pré-mistura 70/30 no jantar, mantendo-se dois agentes orais. A combinação que parece ser mais eficaz é a de insulina com metformina, pois não levou a aumento de peso,
- 3)-suspender os medicamentos orais e utilizar apenas insulina. Este esquema freqüentemente exige combinação de insulina de efeito intermediário ou lento com insulinas de efeito rápido ou ultra-rápido, em doses múltiplas, e algumas vezes muito elevadas.

Usualmente, este tratamento se acompanha de aumento de peso.

Acompanhamento

Os pacientes estáveis e com controle satisfatório podem ser avaliados pela equipe

multidisciplinar a cada três o quatro meses. Nestas avaliações deve se realizar sempre a medida do peso, de pressão arterial e o exame dos pés. Laboratorialmente, realiza-se medida da glicose plasmática e da glico-hemoglobina. Recomenda-se avaliação do perfil lipídico anualmente.

Pacientes instáveis e com controle inadequado devem ser avaliados mais freqüentemente, de acordo com a necessidade.

Automonitoramento

Para atingir o bom controle glicêmico é necessário que os pacientes realizem avaliações periódicas dos seus níveis glicêmicos. O automonitoramento do controle glicêmico é uma parte fundamental do tratamento.

Os resultados dos testes de glicemia devem ser revisados periodicamente com a equipe multidisciplinar e os pacientes devem ser orientados sobre os objetivos do tratamento e as providências a serem tomadas quando os níveis de controle metabólico forem constantemente insatisfatórios.

A freqüência do monitoramento depende do grau de controle, dos medicamentos antihiperglicêmicos utilizados e de situações específicas.

3.4 A pessoa idosa e os medicamentos

De acordo com Sayd (2001, p. 115) o uso de medicamentos pela humanidade, com os mais diversos fins, é muito antigo, e permanece como um ato, ainda hoje, repleto de conteúdos simbólicos, nas mais diversas culturas. A produção crescente, na sociedade ocidental contemporânea, de drogas terapêuticas sempre mais potentes e de custos crescentes impôs a necessidade de avaliação deste uso.

Segundo Toniolo Neto e Gorzoni (1995, p. 8), Mosegui (1999, p. 438) a população idosa com idade igual ou superior a 60 anos é responsável por mais de 50% dos medicamentos prescritos consumidos em determinadas comunidades. De acordo com Toniolo Neto e Gorzoni (1995, p. 8), Menezes (2000, p. 31) o envelhecimento e o desenvolvimento de multi patologias tem gerado o surgimento de diversas prescrições, feitas por diferentes especialistas (cada um na sua área) e com isso o idoso e sua família encontram-se com o grande variedade destas, com horário e doses e o aparecimento de efeitos adversos

provocando em muitos casos iatrogênia.

Quando cuidamos de idosos, devemos sempre levar em consideração as alterações e comprometimentos orgânicos que modificam suas funções farmacocinéticas, somadas na maioria das vezes à ocorrência concomitante de variadas doenças crônicas (FREITAS, 2002).

Será utilizado como literatura principal para este assunto o livro de Toniolo Neto e Gorzoni sobre Terapêutica Clínica no Idoso (1995).

Farmacocinética

Absorção

No idoso os medicamentos são mais freqüentemente administrados por via oral e serão absorvidos pelo trato gastrointestinal. O envelhecimento altera algumas funções gastrointestinais, que agem sobre a absorção de fármacos.

- a) Aumenta o pH gástrico, em relação a um aumento da produção de ácido clorídrico e diminuição de produção basal, que acaba por modificar a ionização e solubilidade de certos medicamentos.
- b) Reduz o fluxo sanguíneo esplâncnico, retardando ou reduzindo a absorção dos fármacos.
- c) Reduz o esvaziamento gástrico, retardando a absorção e/ou aumentando a degradação secundária à ação do ácido clorídrico nos medicamentos.
- d) Aumenta a incidência de divertículos, provocando maior freqüência de síndromes de má absorção intestinal.
- e) Reduz o efeito da primeira passagem hepática, aumentando a disponibilidade das drogas na circulação sistêmica.

Distribuição

Depois de absorvido, o medicamento passa a circulação e é distribuído, pela corrente sanguínea, a outras partes do corpo. Mudanças da composição corporal levam a alterações importantes na distribuição de medicamentos.

- a) O percentual de gordura aumenta de 15 para 30% do peso corporal total entre 25 e 75 anos de idade, aumentando a distribuição de drogas lipossolúveis.

- b) A massa tissular total, no mesmo período de idade, decresce 30%.
- c) A água intracelular é 20% menor em um septuagenário que em um adulto jovem, reduzindo a distribuição de medicamentos hidrossolúveis.
- d) Há diminuição dos níveis de albumina sérica, dificultando o transporte e aumentando a fração livre de vários fármacos.
- e) Ocorre aumento de concentração sérica de glicoproteína ácida alfa-1, aumentando o tamponamento de algumas substâncias básicas.

Metabolismo

Ao envelhecer, alterações no metabolismo dos medicamentos ocorrem, como uma biotransformação insuficiente. Embora testes laboratoriais de função hepática não sofram alterações com o envelhecimento, este provoca.

- a) Declínio da capacidade hepática total de metabolizar drogas, embora variável individualmente e para cada tipo de fármaco.
- b) Muitas destas variações são provocadas por doenças, componentes ambientais, associação de medicamentos e, possivelmente, fatores genéticos.
- c) Há redução de 35% no volume do fígado e queda de seu fluxo sanguíneo entre a 2ª e a 8ª décadas de vida, ocasionando diminuição no metabolismo de drogas fluxo-dependentes.
- d) A capacidade de produção e atividade das enzimas hepáticas em ratos, está diminuída, embora não existam pesquisas definitivas dizendo que isto ocorre também na espécie humana.

Excreção renal

A excreção renal é uma via muito importante na eliminação de medicamentos. Alguns medicamentos são quase totalmente excretados por esta via. A redução de função renal durante o envelhecimento é mensurável por testes laboratoriais de rotina; pode-se também avaliar o decréscimo de excreção de drogas por esta via de eliminação.

São dados importantes do rim senil:

- Perda de 40% do parênquima renal.

- Hialinização de 20 a 30% dos glomérulos, levando ao decréscimo da capacidade total de filtração glomerular.
- Aumento do número de divertículos tubulares, originando o encontro comum de cistos renais na senescência.
- Redução de 50% do fluxo plasmático renal entre os 40 e 90 anos de idade. Surgem circulações colaterais que aumentam a vulnerabilidade dos rins à alterações circulatórias.
- Dependência da secreção de prostaglandinas para compensar os efeitos vasoespásticos locais da renina na filtração glomerular.
- O aparelho justaglomerular, devido à redução do fluxo plasmático renal, diminui a produção de renina/aldosterona e a sua capacidade de adaptação à estados de depleção de volume.
- Decréscimo de 30 a 40% da taxa de filtração glomerular.
- Os túbulos renais perdem capacidade de concentrar urina em desidratações, têm menor habilidade em eliminar excesso de água e de íons hidrogênio e não conseguem conservar sódio nas restrições de sal.

Farmacodinâmica

Conceitua-se farmacodinâmia como a mensuração e o estabelecimento do tipo, intensidade, e duração do efeito de uma concentração determinada de um fármaco no seu sítio de ação.

Alterações nos mecanismos homeostáticos

A aparente sensibilidade maior a várias drogas observadas em idosos é decorrente do declínio de várias funções orgânicas como:

- Redução na ação do sistema nervoso autônomo.
- Menor controle postural.
- Dificuldades de termorregulação.
- Queda da capacidade de cognição.
- Mudanças Metabólicas.
- Resposta imunitária diminuída.

Modificações nos receptores e sítios de ação

- Receptores beta-adrenérgicos reduzidos em número e em afinidade.
- Receptores alfa-adrenérgicos com menor capacidade de resposta à agonistas.
- Receptores colinérgicos reagem menos a drogas anticolinérgicas como a atropina.
- Aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos.

Interações medicamentosas

Existem vários tipos de interação entre medicamentos. A interação chamada de antagonística pode causar uma insuficiência no tratamento, quando uma droga diminui o efeito da outra, exarcebando a doença ou impedindo que ela seja curada. Ou então, a ação combinada torna uma droga mais tóxica, e, às vezes, até letal (efeito agonístico). Existem também interações indesejadas entre certos tipos de medicamentos e alguns alimentos, o que torna o controle ainda mais difícil. Os idosos, pacientes com doenças crônicas e pessoas que têm múltiplos problemas de saúde são os que correm maior risco. Estima-se que existam interações negativas em mais de 20% das receitas com vários medicamentos.

As alterações fisiológicas associadas à idade afetam todos os órgãos, incluindo as estruturas cardiovascular, endócrina e imunológica, sendo consideradas normais, e não estados de doença. Sobre o uso de medicamentos pelo paciente geriátrico, é importante lembrar que a capacidade metabólica do fígado e dos rins diminui, com a idade. Como a grande maioria dos medicamentos sofre metabolização hepática, e principalmente eliminação renal, pode ser necessário reajustar as doses (para menos), para evitar o acúmulo no organismo, causando intoxicação. Além do trabalho mais lento destas estruturas, há redução do volume de água corporal, o que pode afetar a distribuição de alguns medicamentos.

Com relação a medicamentos de uso comum pelos idosos, vamos citar interações entre aqueles de uso mais frequente por esta população e os fármacos mais usados na prática. Sabe-se hoje que a "sensibilidade" de pacientes geriátricos a vários medicamentos é maior, devido a mudanças farmacocinéticas (no "percurso" dos fármacos pelo organismo). Assim, os idosos são mais sensíveis a alguns analgésicos e hipnosedativos (morfinicos). A insulina e certos hipoglicemiantes orais - como a glimepirida (Amaryl), a glibenclamida (Daonil) e a gliclazida (Diamicron) - têm seu efeito aumentado com o uso de anti-inflamatórios,

aumentando o risco de hipoglicemia. Pacientes que utilizam medicamentos anti-hipertensivos podem ter queda da pressão arterial ou instabilidade da mesma, com a aplicação de pré-anestésicos ou anestésicos. Fármacos anticoagulantes, como a heparina (Liquemine) e a varfarina (Marevan), ou aqueles que inibam a agregação plaquetária, como a ticlopidina (Ticlid), o dipiridamol (Persantin), o clopidogrel (Plavix) e, naturalmente, o conhecido ácido acetil salicílico (Aspirina), também usado para impedir obstrução de vasos, podem ter seus efeitos potencializados se administrados juntamente com anti-inflamatórios. Diante de pacientes com insuficiência hepática e/ou renal, deve-se usar de cautela com a maioria dos medicamentos, visto que sua metabolização e excreção são, geralmente, feitas pelo fígado e rins, respectivamente. Antibióticos muito prescritos, como a família das penicilinas: amoxicilina (Amoxil) e ampicilina (Binotal); o grupo das cefalosporinas: cefalexina (Keflex), cefaclor (Ceclor), e o grupo das tetraciclinas (exceto doxiciclina - Vibramicina e minociclina - Minomax) têm excreção renal, portanto as doses devem ser adequadas e monitoradas, assim como o antiviral aciclovir (Zovirax). Já os antibióticos chamados macrolídeos: eritromicina (Pantomicina, Ilosone), azitromicina (Zitromax) e claritromicina (Klaricid) têm excreção predominante pelo fígado, daí não devem ser utilizados em caso de insuficiência hepática. Os antifúngicos nistatina (Micotatin) e cetoconazol (Nizoral) têm excreção através da bile, devendo também ser evitados em caso de insuficiência hepática. O cetoconazol pode aumentar os efeitos dos anticoagulantes, causando hemorragias se ambos forem administrados em conjunto. Quanto a alteração do ambiente bucal por medicamentos, ocorre frequência nos idosos, sendo um dos motivos o uso contínuo. Como exemplos, podemos citar os antiepiléticos, como o fenobarbital (Gardenal), a primidona e a fenitoína (Hidantal), e os anti-hipertensivos do grupo dos antagonistas do cálcio - nifedipina (Adalat), fármacos associados à hiperplasia gengival. Muitos medicamentos de uso contínuo são causadores de xerostomia, sendo que a diminuição de salivagem associa-se a cáries e doença periodontal (inclusive candidíase). Estão entre eles os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina (Tofranil) e a amitriptilina (Tryptanol).

Os antiparkinsonianos, como o triexifenidil (Artane) e o biperideno (Akineton) também associam-se à diminuição da salivagem, além de vários outros grupos de medicamentos. O assunto "interação medicamentosa" é muito extenso e nem todas as interações são conhecidas da Farmacologia. Há uma gama enorme de fármacos, sendo diferentes as possibilidades de efeito, até entre os mesmos compostos químicos. Além disso, as respostas num sistema vivo com muitas variáveis não são as mesmas do ambiente experimental. O que podemos concluir sobre esta breve exposição é que, para o paciente geriátrico (bem como para qualquer paciente

que faça uso contínuo de medicamentos) é necessário pesquisar quais serão as conseqüências do uso conjunto destes com aqueles que serão utilizados ou prescritos. Para a adesão do paciente idoso ao tratamento, é importante simplificar os esquemas terapêuticos (sempre que possível), e educar e aconselhar o próprio paciente e os familiares, no sentido de colaborar na administração dos medicamentos e no acompanhamento dos resultados. A prescrição, e quaisquer outras orientações escritas, devem ter letras grandes e legíveis, em linguagem acessível, com frases voltadas para a ação ("o que e como fazer"). O paciente deve ser incentivado também a comunicar-se com o profissional em caso de dúvida.

4 MARCO CONCEITUAL

De acordo com o objetivo da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, que se baseia na adoção de um referencial teórico aplicado em um projeto assistencial, adotamos a Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger, com o propósito de embasar o referente projeto.

A organização deste Marco Conceitual foi baseada nos livros de Teoria de Enfermagem de Alexander et al (1999) e George (2000). George (2000) “entende teoria como uma forma sistematizada de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo ou controlá-lo. As teorias compõe-se de: conceitos, definições, modelos, proposições e são baseadas em suposições”.

Segundo Meleis (1985) as teorias de enfermagem refletem diferentes realidades. Através do seu desenvolvimento elas refletiram os interesses da enfermagem da época em que foram escritas, o ambiente sócio-cultural e a experiência educacional e vivencial da teórica.

4.1 Breve Biografia da Teórica

Madeleine M. Leininger é a fundadora da Enfermagem Transcultural e a promotora da Teoria de Enfermagem Transcultural e os Cuidados Humanos. É a primeira enfermeira profissional com formação em Enfermagem doutorada em Antropologia Cultural e Social. Nasceu em Sutton, Nebraska (E.U.A.) em 1948, e começou sua carreira na Enfermagem diplomando-se na Escola de Enfermagem St. Anthony, em Denver. Foi enfermeira do Cadet Corps enquanto continuava o programa básico de enfermagem. Em 1950 obteve o grau de Bacharel em Ciências Biológicas pela Escola de Medicina de Atchinson, Kansas (E.U.A), e cursou também filosofia e humanística. Depois de graduar-se trabalhou com instrutora, enfermeira de cuidados gerais e enfermeira chefe em uma unidade médico cirúrgica, e abriu uma nova unidade de psiquiatria como diretora de serviço de enfermagem do Hospital St. Joseph em Omaha (E.U.A). Durante este tempo seguiu ampliando seus estudos em enfermagem, administração de enfermagem, docência e planos de estudo em enfermagem, e comprovações e medidas na Universidade de Creighton em Omaha.

Em meados dos anos 50, enquanto trabalhava em um lugar tutelar de menores,

Leininger observou que os profissionais não chegavam a entender os fatores culturais que influíam na conduta das crianças. Observou entre aquelas crianças de diferentes origens culturais umas diferenças que lhe preocuparam profundamente. Em conversa com Margaret Mead, professora visitante do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Cincinnati, falou sobre as possíveis inter relações entre a enfermagem e a antropologia. Ainda que não obtivesse resposta, decidiu começar um estudo de Doutorado na Universidade de Washington (Seattle – E.U.A.) com concentração na Antropologia e Psicossocial. Como estudante de doutorado, dedicou-se a estudar aos moradores de Gadsup da Terra Altas do Leste da Nova Guiné. Realizou um estudo etnográfico e de tecnologia da enfermagem sobre dois povoados. A partir deste estudo profundo e de suas experiências diretas com os Gadsup, continuou desenvolvendo sua Teoria de Cuidados culturais.

Durante os anos 50 e 60, Leininger identificou diversas áreas comuns de conhecimentos e de interesse científico entre a enfermagem e a antropologia. A partir delas escreveu o livro *Nursing and Antropology: Two Worlds to blend*, que foi o primeiro livro sobre Enfermagem Transcultural. Seu terceiro livro, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices* (1978), identifica os principais conceitos e aplicações práticas da Enfermagem Transcultural, assim como bases definitivas sobre a idéia que as disciplinas da antropologia e da enfermagem são complementáveis, ainda que sejam diferentes.

Em 1966 ministrou o primeiro curso sobre Enfermagem Transcultural na Universidade de Colorado, foi professora de enfermagem e antropologia. Esta foi a primeira vez que um professor de enfermagem ensinou outra disciplina nos Estados Unidos.

4.2 Descrição Breve da teoria

A teoria de Leininger derivou da disciplina da Antropologia, mas foi concebida para ser aplicada na enfermagem. Definiu a teoria de Enfermagem Transcultural como a área principal da enfermagem que centra em um estudo comparativo e na análise das diferentes culturas do mundo em relação às suas condutas assistenciais, cuidado de enfermagem, seus valores em relação à saúde-doença, suas crenças e os padrões de conduta a seguirem para o desenvolvimento de uma base científica e humanística de conhecimentos para que seja possível praticar os cuidados de enfermagem de uma forma específica segundo a cultura. Veio da antropologia o componente cultural e da enfermagem o componente cuidado.

Sua teoria da enfermagem transcultural foi construída sobre a premissa de que as

pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. Baseado nessa premissa, o atendimento de enfermagem desenvolve do contexto cultural no qual será proporcionado. A crença de que as culturas tem tanto práticas de saúde específicas quanto padrões prevalentes que são comuns culturalmente levou ao acréscimo dos termos “diversidade” e “universalidade” ao título de sua teoria. Assim, o título mais atual da teoria é cuidado cultural ou diversidade e universalidade do cuidado cultural.

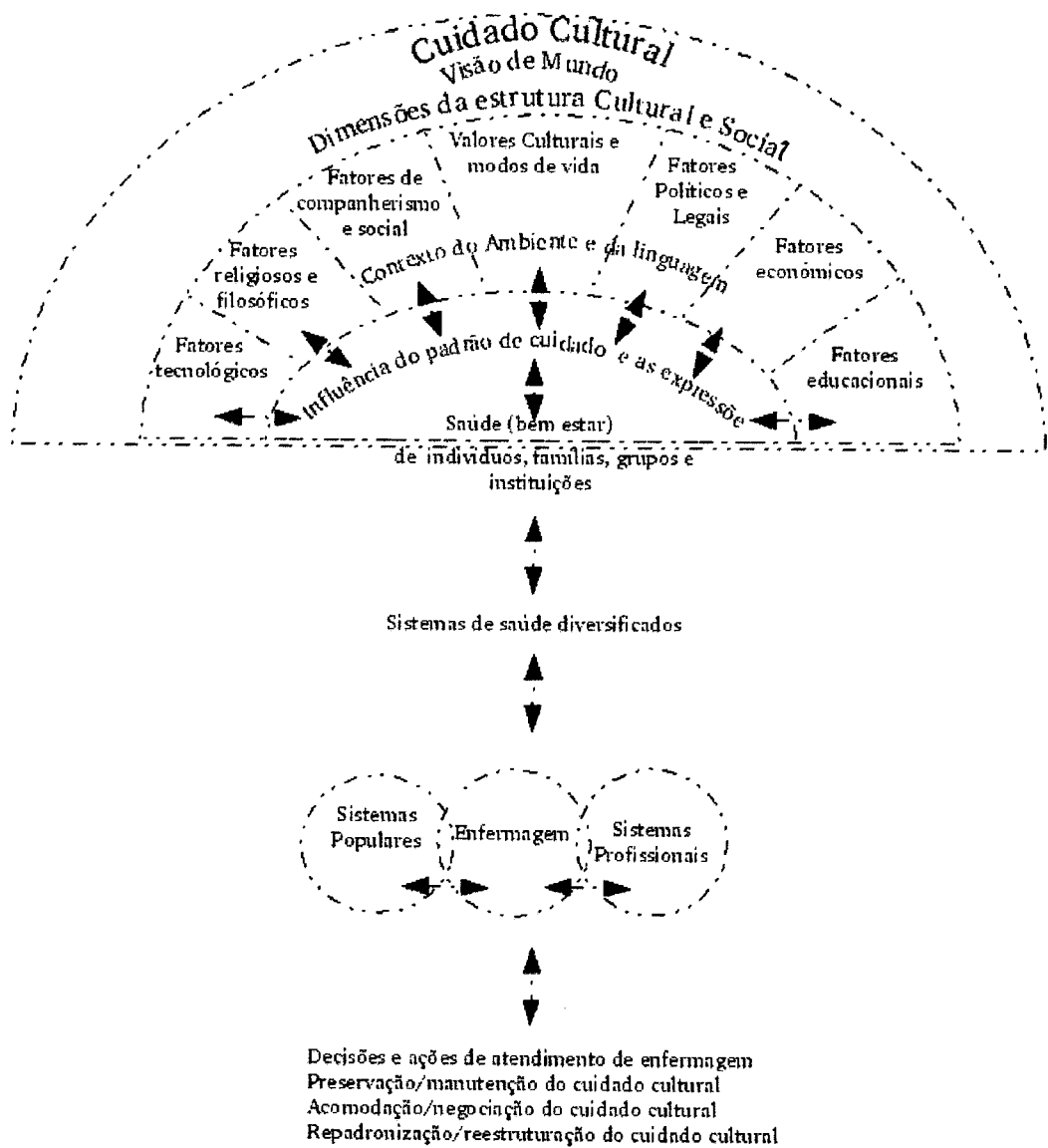
O objetivo geral da teoria da Enfermagem transcultural é determinar as visões internas das pessoas sobre os cuidados, e como estas os entendem e praticam, e estudar logo esta fonte de conhecimento à luz das perspectivas “éticas” dos enfermeiros (as). O objetivo é proporcionar cuidados que se ajustem as necessidades e realidades do paciente.

Os pressupostos relacionados incluem que a enfermagem, como uma disciplina e uma profissão de cuidado transcultural, tem a finalidade central de atender os seres humanos em todas as áreas do mundo; que o atendimento de enfermagem culturalmente baseado sendo benéfico e saudável contribui para o bem-estar do cliente – indivíduo, grupo, família, comunidade ou instituição – a medida que funcione no contexto de seus ambientes.

Leininger descreve sua Teoria projetando no Modelo Sunrise (**Figura 1**). Este modelo pode ser visto como um mapa cognitivo que se dirige do mais para o menos abstrato. A parte superior do modelo é a visão do mundo e o nível do sistema social que dirige o estudo das percepções do mundo fora da cultura e o supra-sistema em termos de sistemas gerais. Ela saliente que o modelo não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da teoria de diversidade e universalidade do cuidado cultural. A finalidade do modelo é de auxiliar o estudo de como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde e o atendimento proporcionado aos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições de uma cultura.

Refletindo que a cultura é o padrão e o modo de vida das pessoas e que a mesma acaba por influenciar sobre suas decisões e ações, a teoria está dirigida até os enfermeiros (as) que conhecem o mundo de seus pacientes e tomam seus pontos de vistas, conhecimentos e práticas como base para tomar decisões e aplicar ações culturalmente congruentes.

Figura 1: Modelo Sunrise



Legenda

- Influenciadores
- Influenciadores direcionais

4.3 Marco de Referência Conceitual Organizado

4.3.1 Pressupostos Básicos

Seus pressupostos dão apoio à sua previsão “de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo” (Leininger apud George 2000, p. 298). Sua teoria é fundamentada num modelo transcultural de enfermagem que engloba a idéia do Cuidar/cuidado em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no Universo, daí sua denominação de Teoria Cultural do Cuidado, dado também à sua adaptabilidade para cada uma.

Foram escolhidos alguns de seus pressupostos, que vêm ao encontro de nossa compreensão ao reler o capítulo de George (2000, p. 298 – 299) acerca da Teoria de Leininger que diz:

- **Cultura** “são os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações padronizados”.
- **Os valores culturais** “derivam-se da cultura e identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores são, comumente, mantidos pela cultura, por longos períodos de tempo, e servem para orientar a tomada de decisões dos membros da cultura”.
- **A diversidade cultural de cuidado** indica “a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida dos homens, ou para enfrentar a morte”.
- **A universalidade cultural de cuidado**, refere-se a “significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e o modo de vida homens ou para enfrentar a morte”.
- **O Sistema profissional de saúde** é, definido como “serviços de cuidado ou de cura profissionais, oferecidos por pessoal de saúde diversificado que foi preparado, através de programas de estudo profissionais e formais, em instituições educacionais especiais”.
- **O Cuidado** são aqueles “fenômenos relacionados com o comportamento de prestação de

auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou por outro indivíduo (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humanas” (GEORGE, 1993, p.288). O cuidado é tido como um domínio central, dominante e unificador da enfermagem e, enquanto a cura não pode, efetivamente, ocorrer sem o cuidado, este pode ocorrer sem a cura.

4.3.1 Conceitos inter-relacionados

Os **Seres Humanos**, de acordo com Leininger, são “provedores de cuidado e capazes de preocupar-se acerca das necessidades, do bem estar e da sobrevivência dos outros. O cuidado do homem é universal, isto é, encontrado em todas as culturas... os homens são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com as culturas, necessidades e cenários diferentes”(GEORGE, 2000, p. 302).

Para este trabalho consideraremos que seres humanos são pessoas que necessitam ou que prestam cuidados, agindo de acordo com suas vivência e experiências. São pessoas que vêem o mundo através de sua cultura Laraia (1997, p. 75) e que acreditam que seu modo de cuidar pode ser o melhor, pois o mesmo é baseado e ligado ao seu conhecimento cultural – crenças, experiências de vida, etc.

Segundo Caldas (1998) o idoso é o Ser Humano, que encontra-se numa fase especial da vida, em um determinado grupo etário e que possui características particulares. É um *ser* que possui singularidades, que interage em seu meio, e é merecedor de grande respeito. Relaciona-se com outras pessoas - família, amigos, comunidades - podendo contribuir e influenciar para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da própria pessoa e dos outros. O ser humano idoso, à medida que avança em sua idade, poderá se fragilizar e necessitar, em alguns momentos, de cuidados especiais para suprir suas necessidades. Um *Ser* com toda uma carga cultural presente.

Segundo Schier (2001, p. 74) o familiar cuidador, “é um ser que se dispõe a cuidar da pessoa idosa, mas que também pode vir a ter necessidades a atender, principalmente pela adição de enfrentamento a que está exposto à tarefa do cuidar, que muitas vezes se torna árdua quando não existe o equilíbrio entre o peso das tarefas e a extensão dos cuidados”.

Para este trabalho a família cuidadora será considerada a unidade cultural do ser humano idoso.

A enfermeira, também como Ser Humano, a atuar neste trabalho, é um ser que cuida profissionalmente de outro ser humano, o idoso, e que neste cuidar compartilha seu saber científico, suas próprias experiências e vivências, sendo estas que sustentam e influenciam sua prática. Neste cuidado, o ser humano enfermeira, faz com que sua cultural profissional e pessoal interaja com o saber popular (cultura) de quem está sendo assistindo. Neste contato ela busca integrar-se com o ser humano idoso, podendo fazer despertar no cliente, a vontade própria de adaptar ou mudar alguns comportamentos, fazendo com que mudança interfira o mínimo com suas crenças culturais. A enfermeira respeita o ser humano e age quando este necessita e concorda com a ação, tentando favorecer a este um processo de viver e envelhecer de forma saudável, em sua concepção e na crença de quem está assistindo. A enfermeira se integrará culturalmente ao idoso/família e o conhecerá em seu ambiente/sociedade.

Ambiente/sociedade, segundo Leininger é “a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais”(GEORGE, 2000, p.303).

Nesta prática faz-se necessário conhecer o ambiente do qual o idoso/a está incluído, para conhecer sua cultura para que o cuidado e ações a serem prestados sejam congruentes com sua prática de cuidado cultural. Para podermos observar suas relações inter pessoais. Cada grupo vive dentro de um ambiente, e a cultura irá determinar quem irá sobreviver a este ambiente (LANGDON, s/d, p.3).

Saúde-doença, para Leininger saúde é “um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória”.

Consideraremos neste trabalho que saúde é um estado individual, influenciado por crenças e valores pessoais, estado mutável mesmo para pessoas de uma mesma cultura, vivenciado de diferentes maneiras por cada pessoa. Outro ponto a ser levado em consideração será o envelhecimento saudável que, segundo Caldas (1998, p.286), significa viver em estado de bem-estar, mas além disso a pessoa idosa precisa também sentir-se respeitada, segura e participante na sua comunidade, podendo desenvolver seus interesses e demonstrar seus conhecimentos.

A **Enfermagem**, de acordo com Leininger é “uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar (ou saúde) em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou morte”.

Concordamos com Schier (2001, p.78), que a enfermagem presta um cuidado cultural, quando faz com que suas ações respeitem as concepções culturais daqueles que a quem assistem; que a mesma pode prestar um cuidado congruente com as crenças, necessidades e desejos de cada de cada um.

5 METODOLOGIA

A prática assistencial foi desenvolvida no Ambulatório e no NIPEG (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-geriátrica) do Hospital Universitário, situado no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, um hospital público e gratuito.

5.1 Um pouco da história do Hospital Universitário²

As obras de construção HU, iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade em 1980, após, intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração, em maio daquele ano. Seu fundador foi o Prof. Polydoro Ernani São Thiago, ao qual foi homenageado sendo este o nome do hospital.

Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade.

O Atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia.

A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em Outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Outra característica importante do HU é o seu atendimento de Emergência funcionando interruptamente atendendo adultos e crianças em áreas separadas, os atendimentos atingem a média de 400 pacientes/dia. Vem sofrendo pressões incontrolláveis tendo em vista a demanda de população que não consegue atendimento nos Postos e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU como Centro de atendimento público e gratuito de

² Fonte: site do Hospital Universitário visitado em 18/08/2004
<http://www.hu.ufsc.br/modules.php?name=Sobre>

elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade.

Atuando nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, o HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

Seu corpo clínico é constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; os médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas, conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário.

5.1.1 Método de Assistência

Quando o hospital estava para ser inaugurado em 1980, foi implantada uma comissão, chamada “Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina” (CIHUSC) e foi aceito o recebimento de propostas de modelo de prontuário. O único grupo de trabalho a apresentar à CIHUSC uma proposta de modelo de prontuário a ser implantado do Hospital Universitário foi o “Grupo de Enfermagem”.

Este grupo, coordenado pela Professora Lidvina Horr, constituiu vários sub - grupos de trabalho. O subgrupo encarregado de estudar e apresentar sugestões sobre o “prontuário” foi composto pelas Professoras Rosita Saupe, Maria Tereza Leopardi da Rosa e Mercedes Trentini.

Após várias possibilidades de “prontuário”, o sub – grupo optou pelo modelo de “prontuário orientado para o problema”, preconizado por Weed e elaborou um documento, que após aprovação do Departamento de Enfermagem, foi encaminhado pela coordenadora do “Grupo de enfermagem” ao presidente da CIHUSC.

O modelo proposto, discutido pelos coordenadores dos grupos de trabalho, foi aprovado na íntegra e implantado oficialmente desde a fase pré – inaugural, nos ambulatorios e posteriormente nos setores de internação.

5.2 Locais da Prática Assistencial

5.2.1 Ambulatório do Hospital Universitário

A estrutura do ambulatório conta com 56 unidades, que funcionam em três turnos no período das 08:00 às 20:00 horas, atendendo todas as especialidades. Situa-se no andar térreo do hospital.

O número de funcionários de enfermagem que exercem função no ambulatório é de 59, dentre os quais 14 são enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem, 3 auxiliares de saúde, 11 auxiliares administrativos e 11 bolsistas.

O fluxo de pacientes do ambulatório ocorre de três formas distintas: via centro de saúde, através de encaminhamento do município; marcação direta para algumas especialidades para pacientes do hospital; e através de retorno.

Durante o primeiro semestre do ano de 2004, com informações obtidas no Núcleo de Processamento de Dados do HU/UFSC, foram atendidos no Ambulatório 79521 pacientes. Na área B, foram atendidos 14635 pacientes, dando uma média de 542 pacientes por semana.

5.2.2 Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriátrica – NIPEG/HU/UFSC

Segundo Rabello et al (1990) o Grupo Interdisciplinar de Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (NIPEG/HU) iniciou suas atividades com um número reduzido de componentes (um médico e duas enfermeiras) criando o denominado “Grupo Interdisciplinar de Gerontologia” (GIG/HU) em março de 1988, oficializado através da Portaria nº 005/88 da Diretoria Geral do Hospital Universitário. Sua primeira função foi estruturar o grupo, convidando profissionais variados, atuantes no Hospital ou não, a se integrarem ao grupo para um trabalho de abordagem interdisciplinar. Assim, foram se incorporando novos membros, e os encontros eram semanais.

Este Núcleo representa uma unidade que congrega multiprofissionais, os quais desenvolvem, em postura interdisciplinar, uma programação de natureza didática, científica e assistencial, no estudo e prática das questões relativas ao atendimento integral da clientela idosa que procura os serviços no âmbito do HU.

Suas atividades se voltam a prestação de assistência ambulatorial aos idosos e seus

familiares cuidadores incluindo os encaminhamentos necessários; ao aprimoramento técnico-científico e didático em Gerontogeriatrics de seus membros; e a produção de conhecimentos e tecnologias de assistência com abordagem humanística/holística do paciente idoso, incluindo a família cuidadora.

Atualmente o grupo é composto de: um médico, coordenador da equipe, que é docente de Clínica Médica da UFSC; três enfermeiras efetivas do HU, uma ambulatorial e outras duas da unidade de Clínica Médica; uma nutricionista e uma assistente social também efetivas da Instituição; uma psicóloga voluntária que atende idosos ambulatoriais triados pelo GESPI, e outros membros assessores ou consultores, tais como: professoras de educação física, enfermeiras docentes do Departamento de Enfermagem, as quais cumprem um dos desígnios universitários de atividades de extensão e de ensino no que toca aqui especificamente, a integração docente-assistencial.

No aspecto do atendimento dos pacientes propriamente dito tem se definido áreas comuns de atuação entre os membros da equipe multiprofissional e, àquelas específicas como sendo próprias de cada profissional.

O NIPEG desenvolve regularmente as seguintes atividades: Consulta médica; consulta de enfermagem; consulta de psicologia; consulta de nutricionista; acompanhamento de assistente social; grupo de educação para a saúde em Sala de espera; encaminhamentos a diversos serviços ou especialidades; reuniões de Grupo de Ajuda mutua de familiares Cuidadores de idosos com Alzheimer, de Grupo de ajuda mutua de portadores de Parkinson e seus familiares; programa de apoio sócio-educativo aos idosos hospitalizados nas 3 unidades de clínica médica/HU e seus respectivas famílias acompanhantes. Desenvolve ainda com a participação de profissionais como psicólogas, fonoaudiólogas, em caráter voluntário, de Grupo de Memória onde agregam idosos interessados em preservar e estimular a sua própria memória.

5.3 População Alvo

A população alvo desta prática assistencial foi constituída por idosos, de ambos os sexos, que estivessem sob utilização de medicamentos, com consulta agendada no Ambulatório do HU/UFSC ou NIPEG, que aceitaram participar do trabalho desenvolvido.

5.4 Cuidados éticos

Segundo Polit e Hungler (2000) as necessidades de orientações éticas surgiram devido ao aumento rápido de pesquisas envolvendo seres humanos. No processo de assistência aspectos relacionados a beneficência, respeito a dignidade humana e justiça devem ser pensados. De acordo com o código de ética definido pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, chamado *Relatório Belmont*, foram articulados estes três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética:

Princípio da Beneficência – acima de tudo, não causar dano.

- Isenção de dano – pesquisas que resultam em dano grave e permanente são inaceitáveis. Quando se é testado um novo aparelho ou medicamento inicialmente há testes com animais, antes de com seres humanos. Mesmo com todo cuidado alguns danos, principalmente psicológicos podem surgir, devido à perguntas que podem liberar um lado que a pessoa deseja esconder e assuntos que não gosta de falar. Danos podem ser evitados ao se tomar cuidado ao fazer as perguntas e sempre deixar espaço aberto para questionamentos e um modo de continuar mantendo contato.
- Isenção de exploração – os pesquisados não devem ser expostos a situações em que eles não sintam-se confortáveis e das quais eles não foram informados. Nada dito por eles pode ser usado contra ele (uso de drogas – entregar a autoridades) – medir os riscos. Mesmo que a exploração de repente não se mostre totalmente aberta pode haver situações em que a pessoa faz um acordo com o pesquisador e o mesmo é quebrado por ele (estudo que toma 30 minutos apenas, pode acabar se tornando por “exploração” do pesquisador num acompanhamento de reações e situações) .

Relação risco/benefício: Benefícios – acesso a uma intervenção do qual não teriam acesso; satisfação de discutir sua situação com alguém que não o veja de modo preconceituoso; aumento do conhecimento sobre e/ou sobre sua condição; auto-estima, resultante de atenção ou tratamento especial; fuga da rotina normal; saber que as informações fornecidas por ele podem ajudar outras pessoas; ganhos financeiros. Riscos – dano físico; mal estar físico, fadiga ou monotonia; sofrimento psicológico ou emocional; perda da privacidade; perda de tempo; custos financeiros.

Princípio de Respeito à Dignidade Humana – inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa.

- Direito à autodeterminação – os sujeitos da pesquisa tem o direito de decidir participar ou não da pesquisa, recusar-se a dar informações ou solicitar esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa, além de a qualquer momento poder desistir dela, sem que ocorra risco de penalidades ou tratamento que venha a prejudicá-los. Não deve haver coerção (ameaças implícitas ou explícitas a penalidades por não participação em um estudo ou recompensas excessivas devido à concordância em participar) de qualquer espécie.
- Direito à revelação completa – o pesquisado deve saber a natureza do estudo, o direito dos sujeitos a recusar a participação, as responsabilidades do pesquisador e os prováveis riscos e benefícios.
- Consentimento autorizado – é um documento que deve ser apresentado antes da pesquisa ao participante para que ele seja informado sobre os objetivos e as etapas do estudo (benefícios potenciais, garantia de privacidade) e solicitando a participação voluntária.
- Questões relativas ao princípio de respeito – incapacidade de fazer julgamentos bem informados acerca dos custos e benefícios (crianças, pessoas com problemas mentais, etc.); preocupação com o fato de que a revelação completa sobre o estudo possa resultar em : informações distorcidas e fracasso em recrutar uma amostra representativa. (Ex.: homens/abusos de bebida. Pesquisadores que sentem que a revelação completa é incompatível fazem uso de duas técnicas: *coleta velada de dados ou ocultamento* (observação de comportamento - através de gravação ou videotape; uso de registro hospitalares) e *fraude* (informar a pessoa de maneira errada o objetivo principal da pesquisa – ex.: pesquisa de abuso de cônjuges, pode se dita como um estudo das relações conjugais).

Princípio da Justiça – inclui o direito de todos terem tratamento justo e direito.

- Direito a tratamento justo – os sujeitos possuem o direito a um tratamento justo e imparcial, antes, durante e após sua participação no estudo. (Seleção justa e não discriminatória dos sujeitos; tratamento isento de preconceitos àquelas que se recusaram a continuar no estudo; honrar todos os acordos firmados; acesso as informações; acesso, se necessário, a auxílio médico/psicológico apropriado; discussão para divulgar dados e esclarecer dúvidas; tratamento respeitoso e côrtes)

- Direito à privacidade – os pesquisadores devem assegurar que sua pesquisa não será mais invasiva do que o necessário e que será mantida a privacidade dos sujeitos durante todo estudo. Sigilo dos dados coletados; anonimato.

Para prestar uma assistência com qualidade e segurança, devemos nos preocupar com os aspectos éticos e científicos, para que o trabalho respeite o ser humano a quem o cuidado irá ser prestado. Para isso guiamos nossas atitudes nos princípios da bioética, utilizando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

5.5 Processo de Enfermagem

Embora Leininger não explicita em seus escritos os procedimentos detalhados do processo de enfermagem, pudemos formular as etapas do mesmo com base no entendimento da teórica, quando o cuidado de enfermagem é congruente ao cuidado cultural. Assim vejamos:

Passo 1 - Conhecendo a pessoa idosa/família

Este é o primeiro passo de nosso processo, momento em que nos encontramos pela primeira vez com a pessoa idosa. Neste primeiro momento ouvimos atentamente, para que fosse possível obter uma ampla visão da situação vivenciada pela pessoa idosa. Era momento de observações e anotações e assim gradualmente íamos conhecendo-o, com maiores detalhes, mantendo em mente nosso foco de estudos e objetivos. Esta fase é importante porque permite a enfermeira iniciar e continuar a compreensão do que está ocorrendo e permitir a avaliação das necessidades de cuidado por parte da enfermagem, ou o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, para o planejamento e implementação do cuidado na situação de atendimento.

Passo 2 –Conhecendo a situação de saúde da pessoa idosa/família

Neste momento seguindo o passo 2, observamos e ouvimos sobre a situação encontrada no idoso acerca das suas práticas de cuidado no processo de vida e de saúde-

doença. Verificávamos suas respostas humanas ao momento que estava vivenciando, com base nos itens definidos no formulário de Histórico de Enfermagem (anexo 2) possibilitando a avaliação das necessidades de cuidado e direcionar nossas ações de enfermagem..

Passo 3 – Diagnosticando as necessidades de cuidado

Dos dados obtidos de observação e de escuta , via entrevista, a avaliação das necessidades de cuidado do idoso e de seus cuidadores ou acompanhantes familiares tornava-se possível num dado momento, quando procurava pelo atendimento do NIPEG ou Ambulatório geral /HU. Essas necessidades eram sempre avaliadas segundo as modalidades de cuidado congruente de enfermagem nos diferentes aspectos de tratamento da doença e do processo de vida do idoso, enquanto convivendo em família.

Passo 4 – Planejamento e Implementando o cuidado

Em se tratando de assistência de enfermagem ambulatorial, a educação para os cuidados de saúde permeava em grande extensão os momentos de diálogo havidos. Procurávamos contribuir de forma a fornecer informações necessárias para que a pessoa idosa e a família fossem instrumentalizadas para tomar suas decisões quanto ao auto-cuidado e aos cuidados requeridos à situação sem quebrar os padrões adotados de procedimentos de cuidado cultural da família. Assim as orientações de enfermagem seguiam um processo de acordo junto ao idoso e seu familiar na definição de cuidados que tanto poderiam ser de manutenção, de acomodação ou de repadronização.

Passo 5 – Avaliando a evolução dos cuidados realizados.

Sempre nos reencontros com os pacientes e familiares, seja em retorno ao ambulatório ou em visita domiciliar, esta avaliação era feita. Analisávamos o que era trazido ou falado pelas pessoas, e o que observávamos considerando tudo o que havia sido acordado no encontro anterior em termos de planejamento de cuidados necessários. Ao verificarmos se as decisões que haviam sido acordadas estavam sendo colocadas ou não em prática, se seus efeitos resultavam em benefícios, se outros fatores interferiram no curso do tratamento e cuidados, eram os dados entre outros, de atualização dentro dessa avaliação que possibilitava a continuidade de atendimento, retificando a prescrição de novos cuidados

incluindo aqui as possíveis necessidades de encaminhamento, buscando preservar assim o atendimento integral e contínuo do idoso, em observância sempre que possível, aos preceitos da referência e contra-referência dentro do sistema de saúde.

Para desenvolver o Processo de Enfermagem com os passos explicitados acima, utilizamos um Histórico de Enfermagem - Reconhecimento da Situação Cultural da Realidade Ambiental/domiciliar e da Saúde da Família, desenvolvido por nós acadêmicas, que contando com as seguintes etapas: 1 – Identificação do Idoso, 2 – Conhecendo o Idoso, 3 – Conhecendo a situação de saúde do Idoso, 4 – Conhecendo o Familiar Cuidador, 5 – Conhecendo a saúde do Familiar Cuidador, 6 – Espaço e ambiente domiciliar. Com os dados obtidos na consulta inicial no ambulatório do Hospital Universitário e com a visita domiciliar, na folha de Processo de Enfermagem realizávamos a avaliação baseada em Leininger, identificando os cuidados de enfermagem necessários.

6 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Apresentamos neste capítulo o desenvolvimento dos objetivos específicos propostos, seguidos de uma análise e avaliação.

- a) *Conhecer a estrutura física e técnico-administrativa do Ambulatório da Terceira Idade do HU/UFSC e outros ambulatorios de especialidades do HU onde a prática assistencial será desenvolvida.*

Plano de Ação

Os primeiros dias de estágio foram de reconhecimento do campo de estágio – Área B do Ambulatório e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto Geriátrica/NIEPG. Foi realizada também uma visita em todo o hospital – unidades de internação, emergência, laboratório, direção, centro de materiais, centro de esterilização, entre outros.

Realizamos, para um trabalho da Disciplina de Contexto Social a busca pelo regimento interno e filosofia da enfermagem que foi apresentado em sala de aula. Com base nestes dados conseguimos guiar nosso trabalho de acordo com a filosofia e regimento da instituição.

A metodologia de enfermagem desenvolvida no serviço é o modelo de “prontuário orientado para o problema”, preconizado por Weed. As normas e rotinas dos procedimentos de enfermagem seguem as diretrizes de todo o hospital. Os registros no prontuário do paciente davam-se na forma de SOAP (método Weed), sendo os mesmo devidamente assinados pelas acadêmicas e pela enfermeira supervisora.

A empatia entre as acadêmicas e a equipe de trabalho do ambulatório e do NIEPG foi evidenciada desde os primeiros encontros. Compartilhamos nosso estágio com profissionais de diferentes áreas – psicologia, assistente social, enfermagem e médicos, mas também com as pessoas da limpeza e os bolsistas que trabalham neste setor. Procurávamos estar sempre disponíveis a auxiliar .

Consideramos este objetivo completamente alcançado.

- b) Realizar o levantamento bibliográfico e escrever a revisão de literatura sobre o tema em estudo para embasar a prática a realizar e seus resultados.*

Plano de Ação

No início da elaboração do projeto de prática assistencial, muito das bibliografias já haviam sido reunidas. Dentre os temas vistos estavam: envelhecimento – teorias do envelhecimento, mudanças anatômicas e fisiológicas, o idoso e o uso de medicamentos, doenças que mais acometem os idosos. Realizamos, assim, leituras críticas do assunto em livros especializados, trabalhos de conclusão de curso e publicações – revistas científicas e artigos on-line, as quais seguiram de síntese, análise e registro. Após esta etapa selecionamos os assuntos que mais se direcionavam ao nosso tema em questão e começamos a redigir nossa revisão de literatura.

No decorrer da prática, foi evidenciada a necessidade de retornar a busca de materiais, principalmente sobre diabetes – uma das principais enfermidades com a qual tratamos durante nossa prática. Complementamos também as informações sobre medicamentos e os tratamentos das principais enfermidades que acometem os idosos.

Consideramos este objetivo completamente alcançado.

- c) Desenvolver consulta de enfermagem a pessoas idosas e respectivo familiar acompanhante no ambulatório*

Plano de Ação

Numa primeira consulta no ambulatório, preenchíamos o formulário de Avaliação Gerontogeriátrica (Anexo 3), se era um retorno para consulta de rotina, completávamos o mesmo ou apenas realizávamos uma evolução de enfermagem no prontuário. Se estávamos realizando uma primeira consulta, um histórico de enfermagem do paciente era realizado – de maneira cefalo-caudal. Orientávamos sobre o uso da medicação, a aplicação de insulina, estimulávamos mudanças de hábitos alimentares, conversávamos sobre a importância de realizar exercícios físicos regulares, os cuidados com os pés – principalmente para diabéticos. Perguntávamos também como estava seu sono, suas eliminações e visitas nos médicos: oftalmologistas, ginecologistas, endocrinologistas. No total realizamos 15 consultas de enfermagem junto à nossa supervisora. Vale ressaltar que as consultas realizadas não foram

feitas apenas com pessoas idosas, mas de acordo com a demanda atendida pelo ambulatório. Em duas situações, após uma rápida consulta, os pacientes atendidos foram encaminhados e levados por nós e nossa supervisora até o atendimento de emergência, dada a situação clínica apresentada pelo paciente.

Através da consulta de enfermagem, conseguimos recolher dados para uma boa avaliação do paciente quanto ao seu problema de saúde e seus hábitos de cuidado em casa ou na família.

Exame dos pés

O exame dos pés inclui um teste para verificar presença de dano no nervo; uma análise da estrutura, mecânica e circulação do pé; e uma avaliação da integridade e saúde da pele. Utilizamos uma ficha já formulada pelo serviço (Anexo 4).

Inicia-se com uma história prévia sobre os pés do paciente, aonde devem ser abordadas questões sobre a presença anterior de ulceração, de dor ao caminhar, dor noturna, existência de fraqueza muscular, pontadas, agulhadas, formigamentos, câimbra nos pés ou membros inferiores ou incômodo ao toque do lençol. Perguntava-se sobre a prática ou hábito da pessoas idosa, tal como caminhar descalço, retirada de calosidades ou hidratação, sendo este um cuidado que poderia ser preservado, acomodado ou repadronizado, no caso de aquisição de uma nova prática de cuidado. Faz-se em seguida uma inspeção dos pés e calçados.

Nos pés observa-se formação de calos, hemorragia subcutânea, abertura de pele e infecção do pé com osteomielite. Verifica-se áreas de risco para ulcerações, como pé em curva, pé chato, área de pressão interdigital e pé em garra. Nos calçados verificava-se altura, largura e adequação para os pés, a fim de analisar o tipo de prática de cuidado cultural no que concerne ao uso de sapatos.

Realiza-se uma avaliação neurológica, iniciando com a sensibilidade protetora plantar ou percepção da pressão com monofilamento 10g. O monofilamento deve ser pressionado durante 5 segundos nas áreas pré-definidas e retirado em seguida. As sensibilidades tátil e dolorosa são verificadas no dorso do pé, a primeira através da utilização de um algodão e a segunda com a utilização de um palito. A sensibilidade vibratória é verificada com um diapasão 128 Hertz no hálux, com seu cabo é verificada a sensibilidade térmica no dorso do pé. O Reflexo de Aquileu é verificado com o martelo neurológico, com a pessoa ajoelhada em uma cadeira. Para testar sua força muscular na panturrilha é pedido ao paciente que o mesmo ande nas pontas dos pés e do tibial anterior que ele anda sobre os calcanhares.

É realizada também uma avaliação vascular, através da palpação do pulso pedioso e tibial posterior, na ausência ou diminuição de um ou dos dois, realiza-se o enchimento capilar e venoso, sendo que o primeiro deve ocorrer em 5 segundos e o segundo em 15 segundos.

Após a avaliação deste exame, é usado o Sistema de Classificação do Risco, ele é dividido em categorias, risco e frequência de realização do exame.

Conseguimos observar nesta prática assistencial a importância do cuidado dos pés, base e suporte de nosso corpo, e que por isso deve estar cercado de muitos cuidados. Se uma pessoa sem nenhuma enfermidade, deve estar atenta a saúde de seu corpo, um diabético deveria dar uma atenção especial à seus pés, sempre os observando e cuidando, realizando medidas simples e fáceis de prevenção, evitando o desenvolvimento mais sério de qualquer alteração.

De acordo com Lopes (2003) 10% dos portadores de diabetes desenvolverão úlceras nos pés em algum momento de sua vida. Uma lesão no pé do portador de Diabetes Mellitus (DM) resulta na presença de dois ou mais fatores de risco associados. Na maioria dos pacientes portadores de DM, a neuropatia periférica tem um papel central: mais de 50% dos pacientes diabéticos tipo 2 apresenta neuropatia nos pés e pés em risco (PEDROSA, 1997).

Por isso, uma observação rigorosa e constante, deve e pode ser realizada tanto pela própria pessoa como por terceiros (familiares ou cuidadores), quando não consegue-se realizar o exame sozinho. Muitos cuidados simples podem ser tomados, como, por exemplo, o uso de meias com o mínimo de costuras e sem elásticos pois, sua pressão contra o tornozelo ou a barriga da perna, funciona como torniquete. A troca das meias diariamente, sendo as mesma lavadas e estendidas ao sol, para evitar o surgimento de fungos devido a umidade excessiva em alguns lugares. Importante ressaltar também, que deve-se evitar o uso de meias furadas ou cerzidas, principalmente naqueles que apresentam problemas circulatórios, pois com o tempo, essa região de contorno dos pés e dedos podem evoluir para uma úlcera. Outro cuidado essencial refere-se ao uso de bolsas de água quente e aquecedores. Devido a falta de sensibilidade nos pés, é possível que a pessoa não perceba a temperatura alta demais, aumentando a possibilidade de uma queimadura.

Quanto aos calçados, é necessário que observe-se o tamanho, altura e a largura para os dedos, se os mesmos estão adequados e a presença interna de costuras. Os calçados

devem ser comprados sempre no final do dia, calçando-os e caminhando pela loja, para verificar se há algum desconforto. Outra sugestão é fazer um molde do próprio pé com um papel e comparar com o espaço disponível no lado interno do calçado.

No cuidado da pele, se a mesma estiver ressecada ou com rachaduras deve-se utilizar um hidratante, creme ou óleo, evitando-se, porém, passa-lo entre os dedos, que devem ser bem enxugados após limpeza ou banho (PEDROSA, 1997). Este é o momento em que a enfermeira atenta a necessidade de cuidado específico profissional que seja congruente ao cuidado cultural e aos hábitos relativos da pessoa idosa, muitas vezes necessitando de repadronizações conforme seguem:

Orientações para cuidados básicos dos pés

- O exame visual dos pés todos os dias para verificar a presença ou surgimento de bolhas, rachaduras, cortes ou pele seca entre os dedos ou na planta do pé, é muito importante. Pode-se usar um espelho ou auxílio da família na existência de dificuldade para o exame. Na presença de qualquer lesão, um profissional de saúde deve ser consultado.
- Os pés devem ser lavados todos os dias com sabão neutro e água morna, controlando a temperatura da água para garantir que não esteja demasiadamente quente. Devem ser bem enxugados, principalmente entre os dedos.
- Uso de loção ou creme no dorso e planta dos pés (exceto entre os dedos), especialmente nas áreas mais ressecadas.
- Aparar as unhas dos pés em linha reta, de preferência com uma lixa. Usar sempre a lixa cuidadosamente em linha reta de um lado para o outro.
- Antes de calçar meias e sapatos, importante verificar se não há nada dentro deles que possa eventualmente pressionar e machucar os pés.
- Uso de calçados confortáveis. Durante todas as estações do ano, sapatos fechados, que oferecem maior proteção.
- Mesmo dentro de casa, evita-se andar sem algum tipo de calçado.
- As meias de algodão ajudam a manter os pés secos. Para aquecer os pés, meias de lã.
- Evitar o uso de almofadas elétricas ou bolsas de água quente para esquentar os pés.
- A remoção de calos ou verrugas só deve ser feita por um especialista. Jamais se deve removê-los sem orientação médica, para não provocar algum tipo de lesão ou até mesmo causar infecções.

- A realização de exames regulares nos pés é recomendada a toda pessoa com diabetes, sobretudo idosos, pelo menos uma vez ao ano.

Consulta de Enfermagem

Selecionando os idosos

Conforme nosso objetivo e público alvo, selecionamos idosos que em no momento da consulta encontravam-se em uso de medicamentos. Escolhemos três pacientes para realizarmos o processo de enfermagem. Para respeitar e garantir o anonimato destes pacientes, optou-se pela utilização de nomes de chás. A idéia da escolha destes pseudônimos surgiu em dado momento em que tentávamos identificar os pacientes e vimos como suas personalidades combinavam com os pseudônimos dados. Descrevemos a seguir os dados obtidos na consulta realizada no Ambulatório.

Dona Camomila

Dona Camomila, 74 anos de idade, natural de Fpolis, casada, residente no bairro de Monte Verde. Diabética e hipertensa. Caminha todos os dias durante 1 hora. No momento da consulta sentia-se tonta, condição esta que persiste há mais de 1 ano. Sem problemas na eliminação.

Glicemia: 124 mg/dl 3 horas pós-prandial

PA: 220/60 mmHg

Peso: 66,200 Kg

Ao exame pés sem risco. A senhora mantém-se hipotensa mesmo com o uso da medicação, suspeita-se de uso incorreto da mesma.

Foi orientada sobre estilo de vida saudável, prática de exercício físico (caminhadas), dieta – hábitos alimentares, orientação sobre o uso de sal, estimulou-se o uso de temperos. Explicou sobre o consumo de frituras e alimentos gordurosos

Dona Malva

No último mês não sente-se bem, acha que a insulina não está mais fazendo efeito. Foi a outro médico no oeste do estado que mudou sua rotina de insulina para 20 UI de NPH pela manhã e 10 UI à noite. Está seguindo a dieta feita pela nutricionista. Está caminhando de 15 a 20 minutos todos os dias. Toma furosemida 40 mg, alprazolam 0,5mg, trental 400 mg,

nisulid quando tem dor, enalapril 10 mg, diclofenaco 50 mg quando tem dor, ASS, fluoxetina, cimetidina 20 mg. Eliminações urinárias em pouca quantidade, intestino às vezes diarreia, às vezes constipado. Vai a consulta com ginecologista e oftalmologista. Tem pedra na vesícula.

HGT: 375 mg/dl 2 horas pós-prandial

Cetonúria: negativa

PA: 130/70 mmHg

Peso: 92,400 Kg

IMC: 36

Realizado exame nos pés. Perda da sensibilidade tátil (D) e de sensibilidade plantar. Sem força muscular. Calçados adequados.

Hiperglicêmica. Normotensa. Pé em risco Grau I. Reflexo de Aquileu não realizado devido a dor no joelho. Com dificuldades para andar nas pontas dos pés e calcanhar que pode estar relacionado a dor no joelho ou ao peso da paciente. Orientada sobre insulinoaterapia, cuidados com os pés, alimentação, atividade física.

Dona Cidreira

Sentia uma dor cansada embaixo dos pés. Não está caminhando regularmente. Adoçante, diz estar cuidando da alimentação. Glibenclamida, higroton, ASS. Não dorme bem, sono superficial, usando chás. Alterna prisão de ventre com evacuação normal. Usando iogurte para azia. Fraqueza MMII. Usando colírio – devido a um aneurisma ocular.

HGT: 268 mg/dl 1h30min pós-prandial

PA: 140/80 mmHg

Peso: 81,600 Kg

IMC: 36

Glicemia aumentada. Ganho de peso 3Kg em 1 ano. Pés risco Grau II. Ausência T.P./calosidades/prurido e hiperemia interdigitais. Reorientada sobre a importância de atividade física, alimentação, prevenção de osteoporose.

Consideramos este objetivo completamente alcançado.

- d) Realizar visita domiciliar aos idosos, quando necessário, para dar continuidade ao cuidado prescrito avaliando e acompanhando a evolução do idoso, como também atendendo ao familiar cuidador em suas necessidades de cuidado.*

Plano de Ação

Nos casos em que foi observada necessidade de acompanhamento domiciliar, consultamos o idoso e sua família sobre a possibilidade de realização da mesma. Em todas as situações nos foi permitida a visita. Durante a visita, em companhia em alguns momentos de nossa orientadora de trabalho, nos apresentávamos novamente e lhes entregávamos o Consentimento Livre e Esclarecido para a realização do trabalho, deixávamos claro nosso objetivo e que a qualquer momento o idoso e sua família poderiam desistir do trabalho. Solicitávamos para que os medicamentos e suas prescrições fossem trazidas para que pudéssemos observar e pedíamos que o idoso nos mostrasse como estava utilizando aquela medicação e os cuidados tomados.

Durante as visitas também observávamos a vizinhança onde residia o idoso, seu acesso a casa e a estrada, a presença de tapetes e outros aspectos do ambiente domiciliar, importantes fatores de risco a quedas e acidentes, tão comuns entre idosos. Tal observação em loco favorecia-nos analisar as condições particulares e indicar cuidados preventivos congruentes aos modos de vida da família. Realizamos no total 03 visitas domiciliares, uma no Monte Verde, uma no Estreito e uma no Córrego Grande, os questionários preenchidos estão em anexo (ANEXO 2). Em nenhum caso o idoso tinha necessidade de um cuidador familiar, por isso não aplicamos nosso histórico a nenhum familiar.

Consideramos este objetivo parcialmente alcançado.

- e) Participar ativamente, incluindo-se na equipe, das atividades de educação para saúde em sala de espera do Ambulatório do NIPEG/HU/UFSC.*

Plano de Ação

Foi desenvolvida educação para saúde em Sala de Espera, através de vídeos educativos, escolhidos de forma que fossem de interesse de todos na sala. Entre os assuntos abordados nos vídeos estão: hipertensão arterial, diabetes – cuidados com os pés, cidadania, vivência de idosos em instituições asilares e automedicação. Após a transmissão do vídeo, era aberta uma discussão sobre o tema proposto. Observou-se que a dinâmica começava muitas vezes como uma discussão sobre saúde, terminava em algo completamente diferente, como os

tempos antigos em Florianópolis ou a importância de um professor para construir o caráter de uma pessoa.

Tal transferência de assuntos vários que emergiam nas discussões de cuidado de saúde possibilitava à nos acadêmicas e aos outros profissionais ali presentes no momento, conhecer os modos, hábitos, crenças que os clientes usuários do Ambulatório do HU/UFSC, têm e manifestam ao comentar sobre os seus cotidianos de vida. Com base nessa realidade concreta verificada a cada encontro, que torna possível pensar e refletir sobre o atendimento profissional, no caso da gerontologia – multiprofissional, com cuidados congruentes com o cuidado familiar/cultural .

Durante a semana do idoso foi realizada uma sala onde abordamos os Direitos dos Idosos, foram confeccionados cartazes e um folder (ANEXO 5) com os principais pontos sobre o Estatuto do Idoso, assunto que demonstrou-se meio polêmico em determinado momento, quando uma familiar expôs sua insatisfação da forma como são marcadas as consultas no HU. Tal comentário, bastante real, representou um tópico útil para desencadear discussão sobre a cidadania, conceito de difícil prática entre as pessoas, pois ele deve ser construído coletivamente, crescentemente segundo o nível de compreensão de cada cidadão. Contudo, sempre é uma oportunidade para se conversar sobre isso em um encontro educativo.

No decorrer de todas as salas, foram abordados diversos assuntos de saúde, mas sempre era ressaltado a importância da utilização correta dos medicamentos e a continuidade de tratamento, sem esquecer também os outros aspectos de saúde também. Foi preparado um folder específico sobre automedicação (ANEXO 6) e passado um vídeo sobre o mesmo assunto. Todos gostaram muito do vídeo, tanto que acabamos fazendo uma cópia para deixar no arquivo de vídeo do NIPEG.

Consideramos este objetivo completamente alcançado.

f) Realizar técnicas e procedimentos básicos, que possam contribuir para o desenvolvimento de habilidades para a prática profissional.

Plano de Ação

Nos primeiros dias realizamos observação e prestávamos auxílio na realização das técnicas e procedimentos que aconteciam, sempre que foi necessário ou nos era permitido. No decorrer do estágio procuramos nos integrar na rotina da Instituição, realizando controle de pressão arterial, glicemia capilar, cetonúria, peso, medida, IMC e exame nos pés. Auxiliamos

na realização de gasometria. Estarmos disponíveis auxílio tanto em nosso desenvolvimento profissional, quanto no estreitamento dos laços com a equipe de trabalho.

Consideramos este objetivo completamente alcançado.

g) *Participar de eventos científicos*

Plano de Ação

Participamos nos dias 01, 02 e 03 de Setembro da XII Jornada de Jovens Pesquisadores da AUGM que aconteceu em Curitiba/PR. Foram apresentados dois trabalhos: ①Qualidade de vida dos familiares acompanhantes de idosos hospitalizados – pesquisa realizada por Leonardo Carioni Vieira, Lucia Hisako Takase Gonçalves e Vivian Nascimento de Souza – selecionado entre os trabalhos inscritos para apresentação oral e premiado com menção honrosa na Jornada; ②O idoso e a polimedicação – um estudo de caso realizado por Vivian Nascimento de Souza – com apresentação na forma de pôster. Participamos nas apresentações de outros trabalhos orais e de forma pôster, contribuindo, assim, para nossa formação e complementação dos estudos para nossa prática.

Nos dias 08, 09 e 10 de Setembro participamos da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem, com apresentação de trabalho: ①O Idoso na Argentina: a visão de uma estudante de enfermagem brasileira – relato de experiência realizado por Vivian Nascimento de Souza. Participamos de apresentações de outros trabalhos, que enriqueceram nossos conhecimentos. Também participamos da Organização desta Jornada, Vivian como membro da Comissão de Temas e Maria José como monitora.

Uma das acadêmicas também participou nos dias 09, 10 e 11 de Novembro do Simpósio Internacional Famílias em Situação de Risco que aconteceu em Rio Grande/RS, com a apresentação de dois trabalhos: ① Qualidade de vida dos familiares acompanhantes de idosos hospitalizados – pesquisa realizada por Leonardo Carioni Vieira, Lucia Hisako Takase Gonçalves e Vivian Nascimento de Souza – selecionado entre os trabalhos inscritos para apresentação oral; ②Assistência de Enfermagem ao idoso ambulatorial em uso de medicamentos baseada na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger, com apresentação na forma de pôster dialogado.

Consideramos este objetivo completamente alcançado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente prática assistencial foi desenvolvida no Ambulatório do HU/UFSC e no NIPEG, baseada na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger, junto aos idosos em uso de medicamentos e sua família acompanhante ou cuidadora.. Desenvolver esta prática com uma abordagem cultural foi um grande desafio, pois durante nossa vida acadêmica trabalhamos com outras teorias de enfermagem, que apesar de vários pontos semelhantes, diferem em alguns aspectos.

Desde o início da prática, muitas coisas aconteceram em nossa vida profissional e acadêmica, que nos fizeram criar um novo olhar para nossa prática. Percebemos que no decorrer de nossa experiência o surgimento de novas perspectivas e expectativas, na medida em que fomos nos aproximando e participando de realidades diversas e vislumbrando novas e diferentes práticas de cuidar em enfermagem.

Ao começar a desenvolver o projeto que culminaria neste relatório, vivenciamos muitas situações, algumas novas outras nem tanto. O preparo feito por nós para este trabalho, através da revisão de literatura e nossas próprias experiências práticas foram muito importantes, visto que formaram a base de nossa pratica de cuidado cultural à pessoa idosa.

Na ânsia de desenvolver nosso trabalho, pensando encontrar diferentes culturas, contextos, costumes e vivências pessoais, conseguimos um ótimo retorno, sendo este demonstrado em enriquecimento pessoal para cada uma das acadêmicas.

Desenvolver o trabalho com idosos em uso de medicamentos proporcionou-nos momentos de muita gratificação, quando víamos que nossas ações, mesmo que pequenas, surtiam algum efeito à pessoa a quem assistíamos.

Desde nosso ponto de vista consideramos o trabalho um desafio pessoal para cada uma das acadêmicas. Uma enfermeira Argentina, por estar em uma nova realidade, com outra forma de trabalhar, pessoas diferentes, com idioma diferente, que em alguns momentos era uma barreira para seguir em frente. Do outro lado estava a acadêmica brasileira, tentando praticar enfermagem junto com ela, aproveitando a oportunidade e também trazendo para si a experiência de conviver e aprender a respeitar as diferenças.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, J. E. et al. Teoría de los Cuidados Culturales. In: MARRINER-TOMEY, A. **Modelos y Teoría de Enfermería**. Indiana: Panamericana, 1999. p. 424 – 446.

ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lucia H. T. O Brasil está envelhecendo: quais serão as conseqüências? **Revista Encontros Teológicos**. Florianópolis, p.71 - 76, 2003.

ARRUDA, Eloita N.; MARCELINO, Silvana R. Cuidando e Confortando. In: SCHULZE, Clélia M. **Dimensões da dor no câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: ROBE, 1997, p. 157 – 189.

BERTOTTI, Deyse; ROCHA, Fabiana Neves da. **Buscando melhor qualidade de vida do idoso e família, no contexto domiciliar, através da assistência voltada ao autocuidado**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BONACCORSI, Antonio C. Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso. Uma revisão. **Arq Bras Endocrinol Metab**, mar./abr. 2001, vol.45, no.2, p.123-133. ISSN 0004-2730.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÊO NETO, Matheus. **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

CÉSAR, Luiz Antônio Machado. Insuficiência coronária crônica. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 56, n. 7, JUL/99. p. 666-671.

DUARTE, Maria Jalma Rodrigues Santana. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, Célia Pereira (Org.). **A Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 17 – 34.

DUTRA, Patrícia Martins. **Assistindo o familiar cuidador e o idoso com problemas músculo-esqueléticos em processo de intervenção cirúrgica**. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FONSECA, Angela Maggio, et al. Climatério: abordagem atual do diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 61, n.1/2, JAN/FEV/04. p. 65-69.

GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, Julia B. e col. **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional**. Tradução: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 286 – 298.

_____, Julia B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, Julia B. e col. **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional**. Tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 297 – 309.

GORZONI, Milton Luiz; TONIOLO NETO, João. **Terapêutica clínica no idoso**. São Paulo: Sarvier: Associação Paulista de Medicina, 1995. 197p.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

HAYFLICK, Leonard. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HEGG, Roberto. Aspectos práticos na prevenção e tratamento da osteoporose. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 58, n.6, JUN/01, p. 385-393.

LANGDON, E. J. **Conceito de Cultura**. Florianópolis. 11p. Trabalho mimeografado.

LARAIA, Roque de Barros. Como opera a cultura. In: LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p.67 – 105.

LOPES, Cícero Fidelis. Projeto de Assistência ao pé do paciente portador de diabetes mellitus. **Jornal Vascular Brasileiro**, 2003, v.1, n.2, p. 79 -82.

MANCINI, Márcio C.; MEDEIROS, Maria Magaly A.; HALPERN, Alfredo. Diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina**. . São Paulo, v. 56, n.12, p. 77 – 82, DEZ/99.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva; OLIVEIRA, Clarice; BAQUEIRO, Marilene Bacellar. A enfermagem e o uso de medicamentos pelos idosos. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.30, p.31 - 34, 2000.

MELEIS, Afaf I. Nursing theory: na elusive mirage or a mirror of reality. In: MELEIS, A. I. **Theoretical nursing development & progress**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, Cap. 8, p. 169 – 194.

MION JR., Decio, MACHADO, Carlos Alberto, GOMES, Marco Antonio Mota et al. IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, Mar. 2004, vol.82 supl.4, p.1-1. ISSN 0066-782X.

MOSEGUI, Gabriela B. G.; ROZENFELD, Suely; VERAS, Renato Peixoto; VIANNA, Cid M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.33, n. 5, p. 437 – 444, OUT/99.

OIGMAN, Wille; NEVES, Mário Fritsch T. Hipertensão Arterial no Idoso. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 56, n.12, p. 193 – 196, DEZ/99.

PEDROSA, Hermelinda C. Pé diabético: aspectos fisiopatológicos, tratamento e prevenção. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, dez. 1997, v1, n.3, p. 131-135.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. **Investigación Científica em Ciencias de la Salud**. 6ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana, 2000.

POMPEO, Antonio Carlos Lima; TEJADA, Alberto; CAIROLI, Carlos Eurico Dornelles. Deficiência hormonal no homem idoso. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 60, n.5, MAI/03, p. 262-266.

RABELLO, Ernesta S.; LIMA, Maria G. O.; GONÇALVES, Lucia H. T. A enfermagem no Grupo Interdisciplinar de Gerontologia. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 47 – 51, JUL/90.

SAYD, Jane; FIGUEIREDO, Marcelo Cardoso; VAENA, Michel Luciano H. T. Automedicação na população idosa do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. In: VERAS, Renato Peixoto(org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. 144p.

SCHIER, Jordelina. **Grupo Aqui e Agora** – uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado do idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. p. 59 – 82.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002**. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2003.



DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

A monografia "Assistência de Enfermagem Ambulatorial ao idoso em uso de medicamentos baseada na teoria de cuidado transcultural de Leininger" apresentada pelas alunas concluintes do curso de Enfermagem, Vivian N. de Souza (NFR/UFSC) e Maria Jose Stressens (estagiária do convênio Augum - Argentina/Rosario) representa um esforço da aplicação de um referencial teórico de enfermagem no campo prático de atendimento de pacientes idosos em contexto ambulatorial. É, pois, fruto de um exercício acadêmico no campo por um semestre, onde ^{elas} acumularam descobertas, aprofundamentos, ganhos em habilidades técnicas enquanto praticaram enfermagem. Tal experiência certamente abriu-lhes visões e forneceu-lhes perspectivas para um fazer enfermagem adequadamente fundamentada em teorias existentes, metodologias de cuidado consagradas, bem como de direcionamento atencioso na identificação de lacunas e problemas a exigirem estudos para solução.

As alunas concluintes merecem louvor pelo TCC apresentado e pelo esforço demonstrado durante suas práticas no campo de estágio acadêmico.

Luciene H. Takase J.

Dezembro / 2004



9 ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é _____ e estou desenvolvendo a Prática Assistencial denominada “*Assistência de Enfermagem ao idoso ambulatorial em uso de medicamento baseada na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger*”, com o objetivo de prestar assistência de enfermagem com vistas a um cuidado cultural ao idoso em uso de medicamentos e sua família cuidadora tentando integrá-la a este cuidado. Será realizado pelas acadêmicas da 8a. Fase curricular do Curso de graduação em Enfermagem da UFSC. Se você, que aceitou participar deste estudo, tiver ainda alguma outra dúvida em relação ao mesmo, ou não quiser mais fazer parte, poderá comunicar sua desistência por meio de um dos telefones abaixo, ou fazê-la pessoalmente. Podemos garantir-lhe que, tanto as informações colhidas durante as consultas, quanto as fornecidas nas entrevistas serão confidenciais e terão resguardado o anonimato .

Aluna: _____ Fone: _____

Profa. Orientadora : Lucia H. Takase Gonçalves Fone :2332420, 99915193, 3319399

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a prática assistencial: *Assistência de Enfermagem ao idoso ambulatorial em uso de medicamento baseada na Teoria de Cuidado Transcultural de Leininger* e concordo em participar dela e que os meus dados, imagens e falas sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2004.

Assinatura: _____ RG: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das alunas e a outra via é da posse do(a) próprio(a) participante da prática.

ANEXO 2

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Reconhecimento da Situação Cultural da Realidade Ambiental/domiciliar e da Saúde da Família

1) Identificação do idoso

- Nome: *R. J. da S.* Idade: *75 anos.*
- Data de Nascimento: *29/09/1929.*
- Naturalidade: *Florianópolis*
- Procedência: *Monte Verde – Fpolis.*
- Etnia: *branca*
- Estado civil: *casada* Há quanto tempo? *52 anos*
- Religião: *crente (há 10 anos, antes era católica)* Praticante? *Sim*
- Profissão/ocupação: *trabalhou em uma fábrica de bordado quando era mais nova e solteira*
- Escolaridade: *2º grau completo*

2) Conhecendo o idoso

a) Com quem mora? *Moro com meu esposo, uma neta de 27 anos e um bisneto, de quem cuido, com 12 anos.*

b) De quem é a casa? *Moro em casa própria.*

c) Quantos (as) filhos (as) adultos (as) o (a) idoso (a) têm e idades respectivas:

Tive 5 filhos, porém 3 já faleceram (3 meses, 17 anos e 45 anos). Agora tenho dois filhos homens vivos, um de 49 anos e um de 47 anos.

d) Recebe algum auxílio no dia-a-dia? *Recebo auxilio na limpeza da casa, porém faço a comida e lavo roupa.*

e) No momento depende de algum deles? *Não.*

- f) O (A) Sr. (a) ainda ajuda seus familiares? Como? *Ajudo cuidando de meus netos.*
- g) Quais os cuidados que o (a) Sr. (a) faz para si? *Vou a consulta médica. Não vou a nenhum grupo de idosos porque não gosto, tem muita “folia”.*
- h) O (A) que o Sr. (a) faz para distrair-se? *Leio a bíblia, descanso, me deito, cuidado dos netos.*
- i) O (A) Sr. (a) possui algum grupo de amigos? Convive com eles? *Não.*
- j) O que é família para o (a) Sr. (a)? *Sem família não se pode viver. Sozinha no mundo é muito triste. Família é tudo prá mim, é importante.*
- k) Como o (a) Sr. (a) sente-se atualmente: feliz ou triste? *Apesar de todas minhas doenças sou uma pessoa alegre.*
- l) Como o (a) Sr. (a) vê sua vida, saúde e velhice? *Eu acho minha vida mais ou menos. Desde o começo no casamento, meu marido é mais prá lá do que prá cá. Não vivo muito bem com meu marido, ele não bebe nem nada, o problema dele maior é mulher. Esse problema sempre me aborreceu e hoje sou muito sentida com ele. Acho que minha pressão alta é devido estes problemas emocionais. Fico aborrecida, triste e a cada vez a pressão sobe mais. Acho que minha saúde não presta. Tenho muitas doenças.*

3) Conhecendo a saúde do idoso

- a) Que patologias o (a) Sr. (a) possui diagnosticadas? *Diabetes, hipertensão, artrose nos joelhos, bico de papagaio*
- b) Já teve algum antecedente familiar com esta (s) patologia (s)? *Minha mãe morreu de derrame aos 65 anos, minha de 81 anos (que acompanhava a visita) já teve um derrame também. A gente tem muito problema de pressão alta.*
- c) Fazia exames preventivos? (tipos de exames e frequência) *Faço exames sempre que vou*

ao médico.

d) Já realizou alguma cirurgia? (tipo e data) *Sim, polipso no útero quando tinha 35 anos.*

e) Hábitos (fumo, álcool, drogas) *Não.*

f) Faz acompanhamento psicológico? *Nunca.*

Como avalia seu estado de saúde? *Bom.*

g) Gostaria de possuir mais informações ? Quais? *Não.*

h) Quais medicamento utiliza? Possuem receita médica? *Utilizo: 1glibenclamida, 2captopril, 3nifedipina, 4hidroclorotiazida, 5ASS, 6amilodipina. Todos com receita médica.*

i) Quem os administra? *Toma sozinha.*

j) Os medicamentos estão visíveis e em fácil acesso? *Os medicamentos estão organizados numa caixa com divisórias e com o horário da tomada de cada medicamento.*

k) Como os medicamentos são utilizados? (dosagem, horário, frequência)

1 1 comp. em jejum pela manhã.

2 2 comp. pela manhã

3 1 comp. de 12/12 horas

4 1 comp. pela manhã

5 1 comp. ao meio dia

6 1 comp. pela manhã

l) Sente alguma reação adversa ao medicamento? *Sim, muita dor de cabeça, tontura, queimor no estômago.*

m) Sabe o que cada medicamento faz? *Sim.*

n) A família acredita e/ou utiliza algum tratamento caseiro? Diga como é. *Não*.

h) Conhecendo o familiar cuidador (NÃO HAVIA)

- Nome: _____ Idade: _____ anos.
- Data de Nascimento: ____/____/____.
- Naturalidade: _____
- Procedência: _____
- Etnia: _____
- Grau de parentesco com o idoso: _____
- Estado civil: _____ Há quanto tempo? _____
- Religião: _____ Praticante? _____
- Profissão/ocupação: _____
- Escolaridade: _____

- a) Que tipo de cuidados você oferece ao idoso e com que frequência? Que sentimentos possui em relação a estes cuidados?
- b) Quantos filhos/netos ou outros dependentes o (a) Sr. (a) tem além do (a) idoso (a) a quem cuida?
- c) Existem outras pessoas que lhe auxiliam ? Quem? O que faz?
- d) Como o (a) Sr. (a) vê sua vida, sua saúde e o cuidado da família?
- e) Medos ou preocupação como cuidador (a) da família: fale um pouco.

5) Conhecendo a saúde do familiar cuidador

- a) Como o (a) Sr. (a) avalia sua saúde?
- b) Em comparação com outras pessoas da sua idade o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:
- c) Atualmente o (a) Sr. (a) está com algum problema de saúde? Qual (ais) e há quanto tempo?
- d) Faz tratamento dos seus problemas de saúde? Em que local?

6) Espaço e ambiente domiciliar (dados levantados através de perguntas e observações)

- a) O (A) Sr. (a) sente-se seguro em sua vida diária? *Tá perigoso, quase não saio.*

- b) Quanto é saudável seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos...) *A vizinhança é calma, tem saneamento básico.*
- c) Acesso a casa e terreno - *Sem problemas, a rua é pavimentada e o terreno é plano. Há calçada ao redor da casa e escada que dá acesso a porta da frente.*
- d) Uso de tapetes - *Não.*
- e) Tipo de assoalho da casa - *Piso de azulejos.*
- f) Tipo de iluminação – *Natural e elétrica. Bem iluminada.*
- g) Ventilação – *Bem ventilada.*

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nome: Dona Camomila

Data	Conhecendo a pessoa idosa/família	Conhecendo a situação de saúde da pessoa idosa/família	Diagnosticando as necessidades de cuidado	Planejando e Implementando o cuidado	Avaliando a evolução dos cuidados realizados
27/09	Dona Camomila, 74 anos de idade, natural de Fpolis, casada, residente no bairro de Monte Verde. Diabética e hipertensa. Diz caminhar todos os dias durante 1 hora. No momento da consulta sentia-se com tontura. Sem problemas na eliminação.	Glicemia: 124 mg/dl 3 horas pós-prandial • PA: 220/60 mmHg Peso: 66,200 Kg • Realizado exame nos pés.	• Pressão Arterial elevada evidenciada por valor aferido no controle de PA. A senhora mantém-se hipertensa mesmo com o uso da medicação. • Ao exame pés sem risco.	• Preservação do cuidado cultural – pois a mesma já realizava exercícios físicos • Reestruturação do cuidado cultural - orientação sobre o uso de sal, estimulou-se o uso de temperos, Explicou sobre o consumo de frituras e alimentos gordurosos.	• Orientada sobre estilo de vida saudável • Exercício físico (caminhadas) • Dieta – hábitos alimentares, orientação sobre o uso de sal, estimulou-se o uso de temperos. Explicou sobre o consumo de frituras e alimentos gordurosos

29/09	<p>Crente praticante, com 2º grau completo. Mora com esposo, neta e bisneto em casa própria. Teve 5 filhos, 3 já falecidos. Cuida dos netos. Cuida de sua saúde, indo regularmente à consulta médica e faz exames preventivos. Conhece a ação de cada medicamento, que ela mesmo se administra.</p> <p>. . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PA: 18/15 mmHg <p>Medicamentos em uso:</p> <p>Glibenclâmida, captopril, nifedipina, hidroclorotiazida, ASS, amlodipina.</p> <p>. . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discreta diminuição da da PA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulada a continuar caminhando para preservação do cuidado já seguido • Reestruturação do cuidado cultural – pois a paciente refere que não está usando mais sal. Diz que está colocando o sal na mesa para casa um servir-se a vontade. Evitando também fazer frituras, mas se faz não come 	<ul style="list-style-type: none"> • Discreta diminuição da PA pode estar relacionada com as mudanças ocorridas na reestruturação do cuidado.
-------	--	--	--	---	---

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Reconhecimento da Situação Cultural da Realidade Ambiental/domiciliar e da Saúde da Família

1) Identificação do idoso

- Nome: *N. M. N.* Idade: *50 anos.*
- Data de Nascimento: *13/05/1954.*
- Naturalidade: *São Miguel d'Oeste - SC*
- Procedência: *Córrego Grande – Fpolis.*
- Etnia: *branca*
- Estado civil: *casada* Há quanto tempo? *35 anos*
- Religião: *católica* Praticante? *Sim*
- Profissão/ocupação: *servente de escola primária*
- Escolaridade: *1º grau completo*

2) Conhecendo o idoso

- a) Com quem mora? *Moro com meu esposo e uma filha.*
- b) De quem é a casa? *Moro em casa própria.*
- c) Quantos (as) filhos (as) adultos (as) o (a) idoso (a) têm e idades respectivas:
Tenho 4 filhas, 33 anos, 30 anos, 28 anos e 19 anos (que mora com ela).
- d) Recebe algum auxílio no dia-a-dia? *Sim recebo auxilio de minha filha na limpeza da casa, para lavar roupa e para pegar coisas no alto.*
- e) No momento depende de algum deles? *Sim, de todos eles.*
- f) O (A) Sr. (a) ainda ajuda seus familiares? Como? *Sim, ajudo cuidando dos netos da filha mais velha e financeiramente também.*

- g) Quais os cuidados que o (a) Sr. (a) faz para si? *Vou ao médico, faço caminhadas, cuido da alimentação.*
- h) O (A) que o Sr. (a) faz para distrair-se? *Faço crochê, tricô, vou passear.*
- i) O (A) Sr. (a) possui algum grupo de amigos? Convive com eles? *Sim, de um grupo de oração.*
- j) O que é família para o (a) Sr. (a)? *Tudo.*
- k) Como o (a) Sr. (a) sente-se atualmente: feliz ou triste? *Estou preocupada com meu diabetes e sinto muita dor.*
- l) Como o (a) Sr. (a) vê sua vida, saúde e velhice? *Vida difícil, saúde complicada.*
- m) Como é para o (a) Sr. (a) estar envelhecendo? *Um acontecimento normal.*
- n) Medos ou preocupações com seu envelhecimento: fale um pouco - - - - -

3) Conhecendo a saúde do idoso

- a) Que patologias o (a) Sr. (a) possui diagnosticadas? *Diabetes, hipertensão, pedra na vesícula, hérnia de disco.*
- b) Já teve algum antecedente familiar com esta (s) patologia (s)? *Meu pai e minhas tias do lado da mãe e do pai tem diabetes, pressão alta meu pai, tias e primas.*
- c) Fazia exames preventivos? (tipos de exames e frequência) *Sim, ia quando me sentia mal.*
- d) Já realizou alguma cirurgia? (tipo e data) *Sim, 2 cesáreas, histerectomia, oosforectomia e na bexiga para levantar.*

- e) Hábitos (fumo, álcool, drogas) *Até há 10 anos atrás bebia socialmente.*
- f) Faz acompanhamento psicológico? *Não.*
- g) Como avalia seu estado de saúde? *Mais ou menos, bom não é.*
- h) Gostaria de possuir mais informações ? Quais? *Sim, sobre diabetes e problemas na coluna.*
- i) Quais medicamento utiliza? Possuem receita médica? *Utilizo: ①metformina 850 mg, ②diclofenaco sódico 50 mg, ③cimetidina 200 mg, ④Insulina NPH, ⑤Maleato de Enalapril 20 mg, ⑥ASS, ⑦Furosemida 40 mg, ⑧Alprazolam, ⑨Fluoxetina, ⑩Trental 400 mg. Todos com receita médica.*
- j) Quem os administra? *Toma sozinha.*
- k) Os medicamentos estão visíveis e em fácil acesso? *Os medicamentos estão guardados dentro de uma sacola que ela leva junto prá onde for.*
- l) Como os medicamentos são utilizados? (dosagem, horário, frequência)
- ①metformina 850 mg – 3 comp. por dia (após café, almoço e janta)
 - ②diclofenaco sódico 50 mg – 1 comp de 6/6 horas, quando tem dor
 - ③cimetidina 200 mg – 1 comp. em jejum
 - ④Insulina NPH – 30UI/dia, 20UI pela manhã e 10UI à noite
 - ⑤Maleato de Enalapril 20 mg – 1 comp. pela manhã e 1 comp. à noite
 - ⑥ASS – 2 comp. após o almoço
 - ⑦Furosemida 40 mg – 1 comp. pela manhã
 - ⑧Alprazolam – 1 comp. à noite
 - ⑨Fluoxetina – 1 caps. ao dia
 - ⑩Trental 400 mg – 1 comp./dia, quando tem dor
- m) Sente alguma reação adversa ao medicamento? *Sim, bastante dor no estômago, inchaço, dor de cabeça. Também ansiedade e aflição.*

n) Sabe o que cada medicamento faz? *Sim.*

o) Como o (a) Sr. (a) sente-se me tomar medicamentos? *Às vezes acho que tomo em excesso, mas se não tomar é pior.*

p) A família acredita e/ou utiliza algum tratamento caseiro? Diga como é. *Sim, chá de pata de vaca, quebra pedra, casca de nozes, casca de maracujá em forma de farinha na alimentação.*

i) Conhecendo o familiar cuidador (NÃO HAVIA)

- Nome: _____ Idade: _____ anos.
- Data de Nascimento: ____/____/____.
- Naturalidade: _____
- Procedência: _____
- Etnia: _____
- Grau de parentesco com o idoso: _____
- Estado civil: _____ Há quanto tempo? _____
- Religião: _____ Praticante? _____
- Profissão/ocupação: _____
- Escolaridade: _____
-

a) Que tipo de cuidados você oferece ao idoso e com que frequência? Que sentimentos possui em relação a estes cuidados?

Quantos filhos/netos ou outros dependentes o (a) Sr. (a) tem além do (a) idoso (a) a quem cuida?

b) Existem outras pessoas que lhe auxiliam ? Quem? O que faz?

c) Como o (a) Sr. (a) vê sua vida, sua saúde e o cuidado da família?

d) Medos ou preocupação como cuidador (a) da família: fale um pouco.

6) Conhecendo a saúde do familiar cuidador

a) Como o (a) Sr. (a) avalia sua saúde?

b) Em comparação com outras pessoas da sua idade o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:

c) Atualmente o (a) Sr. (a) está com algum problema de saúde? Qual (ais) e há quanto

tempo?

d) Faz tratamento dos seus problemas de saúde? Em que local?

7) Espaço e ambiente domiciliar (dados levantados através de perguntas e observações)

a) (A) Sr. (a) sente-se seguro em sua vida diária? *Em sua cidade natal (Guaraciba) sente-se segura, em Florianópolis não. Sente-se um pouco insegura..*

b) Quanto é saudável seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos...) *Moro em um lugar calmo.*

c) Acesso a casa e terreno – *É difícil porque tem que subir.*

d) Uso de tapetes – *Sim, na frente da pia e geladeira. Assoalho misto encerado.*

e) Tipo de assoalho da casa - *Assoalho misto de madeira e azulejos.*

f) Tipo de iluminação – *Natural e elétrica. Cozinha um pouco escura.*

g) Ventilação – *Bem arejada.*

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nome: Dona Matva

Data	Conhecendo a pessoa idosa/família	Conhecendo a situação de saúde da pessoa idosa/família	Diagnosticando as necessidades de cuidado	Planejando e Implementando o cuidado	Avaliando a evolução dos cuidados realizados
06/10	Neste último mês não sente-se bem. Acha que a insulina não está mais fazendo efeito. Segue a dieta feita pela nutricionista. Está caminhando de 15 a 20 minutos todos os dias. Eliminações urinárias em pouca quantidade, o intestino às vezes diarreia, às vezes constipação. Vai a consulta regular com ginecologista e oftalmologista.	Diabética, hipertensa, tem pedra na vesícula e hérnia de disco. <ul style="list-style-type: none">HGT: 375 mg/dl 2h pós-prandialCetonúria: negativaPA: 130/70 mmHgPeso: 92,4 KgIMC: 36 <ul style="list-style-type: none">Realizado exame nos pés .	<ul style="list-style-type: none">Suspeita de uso inadequado da insulina.Pé risco Grau I.Sobrepeso.	<ul style="list-style-type: none">Reestruturação do cuidado cultural – orientação sobre insulino-terapia e cuidados com os pésAcomodação do cuidado cultural – paciente estimulada a caminhar durante pelo menos 30 minutos por diaPreservação do cuidado cultural – paciente segue dieta feita pela nutricionista	<ul style="list-style-type: none">Orientada sobre insulino-terapiaCuidados com os pés, alimentação e atividade física

50 anos, casada, 4 filhas. Procedente de São Miguel d'Oeste. Precisa de auxílio da filha para realizar tarefas domésticas. Cuida dos netos e para distrair-se faz crochê, tricô e vai passear. Participa de grupos de oração. Está preocupada com sua diabetes alta.	Usa chás para tratamento juntamente com a medicação. 1 metformina 850 mg – 3 comp. por dia (após café, almoço e janta) 2 diclofenaco sodico 50 mg – 1 comp de 6/6 horas, quando tem dor 3 cimetidina 200 mg – 1 comp. em jejum 4 Insulina NPH – 30UI/dia, 20UI pela manhã e 10UI à noite 5 Maleato de Enalapril 20 mg – 1 comp. pela manhã e 1 comp. à noite 6 ASS – 2 comp. após o almoço 7 Furosemida 40 mg – 1 comp. pela manhã 8 Alprazolam – 1 comp. à noite 9 Fluoxetina – 1 caps. ao dia 10 Trental 400 mg – 1 comp./dia, quando tem dor . . .	Elevado consumo de medicamentos . . .	<ul style="list-style-type: none">• Preservação do cuidado cultural - Estimulada a continuar caminhando• Acomodação do cuidado cultural – paciente estimulada a consultar clínico geral para centralização do tratamento . . .	<ul style="list-style-type: none">• Conversamos sobre a possibilidade de consulta com um médico clínico geral para centralizar seus tratamentos de saúde, visto que a mesma utiliza um grande volume de medicações.<ul style="list-style-type: none">• Exercício físico•••
--	--	--	---	---

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Reconhecimento da Situação Cultural da Realidade Ambiental/domiciliar e da Saúde da Família

4) Identificação do idoso

- Nome: *N.S.S.* Idade: *74 anos.*
- Data de Nascimento: *10/01/1930.*
- Naturalidade: *São José - SC*
- Procedência: *Estreito – Fpolis.*
- Etnia: *branca*
- Estado civil: *casada* Há quanto tempo? *49 anos*
- Religião: *católica* Praticante? *Sim*
- Profissão/ocupação: *costureira, e trabalhava na padaria do filho até há três anos atrás, agora está aposentada*
- Escolaridade: *1º grau incompleto.*

5) Conhecendo o idoso

- a) Com quem mora? *Moro com meu esposo e um filho.*
- b) De quem é a casa? *Moro em casa própria.*
- c) Quantos (as) filhos (as) adultos (as) o (a) idoso (a) têm e idades respectivas:
Tive 7 filhos, 47 anos, 45 anos, 40 anos, 39 anos (que mora com ela), 34 anos e dois já falecidos.
- d) Recebe algum auxílio no dia-a-dia? *Não. Faço tudo sozinha.*
- e) No momento depende de algum deles? *Não.*
- f) O (A) Sr. (a) ainda ajuda seus familiares? Como? *Sim, ajudo financeiramente, meus netos*

– *um aparelho para os dentes. Cuida do marido que não tem visão.*

g) Quais os cuidados que o (a) Sr. (a) faz para si? *Vou ao médico, faço chás caseiros.*

h) O (A) que o Sr. (a) faz para distrair-se? *Trabalho, vejo televisão.*

i) O (A) Sr. (a) possui algum grupo de amigos? Convive com eles? *Não, porque não sei dirigir.*

j) O que é família para o (a) Sr. (a)? *Tudo prá mim, morro por eles.*

k) Como o (a) Sr. (a) sente-se atualmente: feliz ou triste? *Estou aborrecida.*

l) Como o (a) Sr. (a) vê sua vida, saúde e velhice? *Vida difícil, saúde complicada.*

m) Como é para o (a) Sr. (a) estar envelhecendo? - - - - -

n) Medos ou preocupações com seu envelhecimento: fale um pouco - - - - -

6) Conhecendo a saúde do idoso

a) Que patologias o (a) Sr. (a) possui diagnosticadas? *Diabetes, hipertensão.*

b) Já teve algum antecedente familiar com esta (s) patologia (s)? - - - - -

c) Fazia exames preventivos? (tipos de exames e frequência) *Sim, vou ao médico.*

d) Já realizou alguma cirurgia? (tipo e data) - - - - -

e) Hábitos (fumo, álcool, drogas) *Não.*

f) Faz acompanhamento psicológico? *Não.*

- g) Como avalia seu estado de saúde? - - - - -
- h) Gostaria de possuir mais informações ? Quais? - - - - -
- i) Quais medicamento utiliza? Possuem receita médica? *Utilizo: ①glibenclamida 5 mg, ②higroton 50 mg, ③ASS. Todos com receita médica.*
- j) Quem os administra? *Toma sozinha.*
- k) Os medicamentos estão visíveis e em fácil acesso? *Os medicamentos estão guardados dentro de um saquinho.*
- l) Como os medicamentos são utilizados? (dosagem, horário, frequência)
 ①glibenclamida 5 mg, 1 comp. por dia
 ②higroton 50 mg, 1 comp. por dia
 ③ASS, 1 comp. no almoço.
- m) Sente alguma reação adversa ao medicamento? *Azia.*
- n) Sabe o que cada medicamento faz? - - - - -
- o) Como o (a) Sr. (a) sente-se me tomar medicamentos? - - - - -
- p) A família acredita e/ou utiliza algum tratamento caseiro? Diga como é. *Sim, chá de cana do brejo – para estômago, reumatismo; espinheira santa; capim limão, hortelã e alecrim tomando junto para depressão; insulina.*

j) Conhecendo o familiar cuidador (NÃO HAVIA)

- Nome: _____ Idade: _____ anos.
- Data de Nascimento: ____/____/____.
- Naturalidade: _____
- Procedência: _____
- Etnia: _____

- Grau de parentesco com o idoso: _____
- Estado civil: _____ Há quanto tempo? _____
- Religião: _____ Praticante? _____
- Profissão/ocupação: _____
- Escolaridade: _____
-

a) Que tipo de cuidados você oferece ao idoso e com que frequência? Que sentimentos possui em relação a estes cuidados?

Quantos filhos/netos ou outros dependentes o (a) Sr. (a) tem além do (a) idoso (a) a quem cuida?

b) Existem outras pessoas que lhe auxiliam ? Quem? O que faz?

c) Como o (a) Sr. (a) vê sua vida, sua saúde e o cuidado da família?

d) Medos ou preocupação como cuidador (a) da família: fale um pouco.

7) Conhecendo a saúde do familiar cuidador

e) Como o (a) Sr. (a) avalia sua saúde?

f) Em comparação com outras pessoas da sua idade o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:

g) Atualmente o (a) Sr. (a) está com algum problema de saúde? Qual (ais) e há quanto tempo?

h) Faz tratamento dos seus problemas de saúde? Em que local?

8) Espaço e ambiente domiciliar (dados levantados através de perguntas e observações)

a) (A) Sr. (a) sente-se seguro em sua vida diária? - - - - -.

b) Quanto é saudável seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos...) *Moro em um lugar calmo.*

c) Acesso a casa e terreno – *Fácil.*

d) Uso de tapetes – *Sim, na sala. Assoalho de madeira encerado.*

e) Tipo de assoalho da casa - *Assoalho misto de madeira e azulejos na cozinha.*

f) Tipo de iluminação – *Natural e elétrica. Sala um pouco escura.*

g) Ventilação – *Bem arejada.*

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nome: Dona Cidreira

Data	Conhecendo a pessoa idosa/família	Conhecendo a situação de saúde da pessoa idosa/família	Diagnosticando as necessidades de cuidado	Planejando e Implementando o cuidado	Avaliando a evolução dos cuidados realizados
08/10	Dor cansada embaixo dos pés. Cuidando da alimentação. Não dorme bem, sono superficial. Uso de chás. Está com prisão de ventre. Uso de iogurte para azia. Fraqueza nos MMII. Uso de colírio devido a um aneurisma ocular	Diabética, hipertensa.. <ul style="list-style-type: none">• HGT: 268 mg/dl 1h30min pós-prandial• PA: 140/80 mmHg• Peso: 81,6 Kg• Realizado exame nos pés	<ul style="list-style-type: none">• Glicemia aumentada.• Pressão arterial levemente aumentada.• Sobre peso.• Pé risco grau II.	<ul style="list-style-type: none">• Acomodação do cuidado cultural – estimulada a manter uma alimentação saudável• Repadronização do cuidado cultural – orientada sobre a prática de exercícios físicos, prevenção de osteoporose e cuidados com os pés.	<ul style="list-style-type: none">• Reorientada sobre importância de atividade física e alimentação.• Orientada sobre prevenção de osteoporose e cuidados com os pés.• Dificil diálogo, apesar do esforço a paciente não atentasse ao que lhe é falado.

13/10	<p>74 anos, casada, 7 filhos. Procedente do Estreito - Fpolis. Não necessita de auxílio nas atividades diárias. Distrai-se trabalhando e vendo televisão. Não participa de algum grupos por não poder ir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversando sobre a alimentação, descobrimos por seu filho que ainda é rica em açúcares e gordura. • • • 	<p>Usa chás para tratamento juntamente com a medicação.</p> <p>❶ glibenclâmida 5 mg, 1 comp. por dia</p> <p>❷ higtroton 50 mg, 1 comp. por dia</p> <p>❸ ASS, 1 comp. no almoço.</p> <p>•</p> <p>•</p> <p>•</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação inadequada com hábitos alimentares não saudáveis. • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Repadronização do cuidado cultural – reorientada sobre a prática de exercícios físicos, alimentação saudável • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversamos sobre a realização do exercício físico, foi demonstrado a velocidade adequada para sua caminhada. • Insistimos sobre a importância de uma alimentação saudável. • O diálogo manteve-se difícil e da mesma forma havia momentos em que a paciente parecia não nos escutar, desviando de assunto permanentemente. • • •
-------	---	--	--	--	--

ANEXO 3

**NIPEG/HU/UFSC – NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA, ENSINO E
ASSISTÊNCIA GERONTOGERIÁTRICA**

AVALIAÇÃO GERONTOGERIÁTRICA

A - IDENTIFICAÇÃO

avaliação: ____/____/____.

Data

da

Nome: _____

Estado Civil: Casado/unido ()

Divorciado/Separado ()

Viúvo ()

Solteiro ()

Data de Nascimento: ____/____/____.

Idade: _____

Profissão/Ocupação (anterior e atual): _____

Aposentado ()

Pensionista ()

Naturalidade: origem () rural () urbana _____

Procedência: _____ Há quanto tempo ? _____

Telefone para contato: _____

B – QUESTÕES GERONTOLÓGICAS

1) Com quem mora? _____

2) De quem é a casa? _____

3) Quem são as pessoas que ajudariam a lhe cuidar em situações de doenças ou agravo de saúde?

4) Quem costuma lhe ajudar nas atividades da vida diária?

No momento você depende dela? () Sim () Não (Se sim aplicar o anexo 1)

5) Você tem alguém de confiança para desabafar seus aborrecimentos/contrariedades?

Sim () Não () Quem?

- 6) Você ainda ajuda seus familiares? Sim () Não () Como?
-
- 7) Você participa de alguma associação ou atividades para a Terceira Idade? Qual?
-
- 8) O que você espera da vida, enquanto envelhece?
-
-

- 9.a) Que idade gostaria de ter hoje? _____
- b) Até que idade gostaria de viver? _____
- c) Em comparação com as pessoas da mesma idade, seu estado de saúde atual é:
- () pior () igual () melhor
- 10) Por que procurou o NIPEG? E quem lhe trouxe? _____
-

C – HISTÓRICO CLÍNICO

1 – Queixa(s) maior(es) do paciente idoso (na linguagem do paciente ou de seu familiar cuidador)

2 – Revisão dos sintomas relacionados (Coloque C para crônico, A para agudo)

<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	Síncope
<input type="checkbox"/>	Fadiga (2)	<input type="checkbox"/>	Dor abdominal
<input type="checkbox"/>	Perda de peso	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre
<input type="checkbox"/>	Ganho de pesos	<input type="checkbox"/>	Dispepsia
<input type="checkbox"/>	Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	freqüência urinária e/ou urgência
<input type="checkbox"/>	insônia	<input type="checkbox"/>	Nictúria
<input type="checkbox"/>	Hipersonia (2)	<input type="checkbox"/>	Incontinência Urinária (1)
<input type="checkbox"/>	Disfunção visual (1)	<input type="checkbox"/>	Tontura/instabilidade (3) (1)
<input type="checkbox"/>	Perturbação visual provisória	<input type="checkbox"/>	Quedas (3) (1)
<input type="checkbox"/>	Desconforto dental (dentadura) (4)	<input type="checkbox"/>	Problemas nos pés (3) (1)

<input type="checkbox"/>	Lesão/sangramento bucal (4)	<input type="checkbox"/>	Fraqueza local ou perda sensorial (1)
<input type="checkbox"/>	Desconforto no peito em razão de esforços	<input type="checkbox"/>	Esquecimento (5) (2)
<input type="checkbox"/>	Ortopnéia	<input type="checkbox"/>	Conduta destrutiva
<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>	Ansiedade (2)
<input type="checkbox"/>	Claudicação (3)	<input type="checkbox"/>	Tristeza (2)
<input type="checkbox"/>	Dor nas articulações (3) (1)	<input type="checkbox"/>	Perambulação (5)

- (1) Aplicar Modelo Geronte de Autonomia (Anexo 1)
- (2) Aplicar Inventário de Depressão (Anexo 2)
- (3) Aplicar Questionário de quedas (Anexo 3)
- (4) Aplicar Avaliação Odontológica (Anexo 4)
- (5) Aplicar Instrumentos de Avaliação (minimental) e controle (outros instrumentos específicos a definir) dos pacientes com DA ou outras doenças demenciais (Anexo 5)

3 – Hábitos/Vícios

	Não	Sim	Há quanto tempo	Quantidade
Tabagismo				
Consumo de álcool				
Outras drogas não medicamentosas				
Medicamentos				

4 – Alergias _____

5 – Remédios atuais em uso prescritos e não prescritos informados pelo paciente.

Sim () Não ()

Fármacos	Dosagem e frequência	Prescrito ou não prescrito

6 – Hospitalizações e antecedentes obstétricos: Sim () Não ()

Data	Parto hospitalar/domiciliar	Diagnóstico: GESTA. PARAR. ABORTO

7 – Cirurgias anteriores: Sim () Não ()

Data	Tipo de cirurgia/observação

D – EXAME FÍSICO

1 – Sinais Vitais	Deitado	Sentado
Pressão Arterial (mmHg)		
Pulso (p/min)		
FR (p/ min)		
Temperatura		

2 – IMC (Índice de Massa Corporal) (Fórmula IMC= peso/A²)

P – Peso atual (Kg): _____ Peso usual (Kg): _____ Peso ideal (Kg): _____

A – Altura (m): _____

Faixa Etária	IMC – Valores Normais	Valor Obtido
45 – 54	22 – 27	
55 – 64	23 – 28	
> 65	24 – 29	

3 – Pele

_____ Xerósica Lesões _____

Mucosas: _____

() Suspeita de Câncer (localização): _____

Ferimentos por pressão

Localização	Tamanho (cm)	Estágio (grau I/IV)
-------------	--------------	---------------------

Graus: I – eritema constante; II – úlcera cutânea; III – úlcera profunda; IV – osso visível.

4 – Cabeça e pescoço

Olhos: usa óculos () Sim () Não Há quanto foi ao oftamologista? _____

Ouvidos: _____

Boca: próteses () Sim () Não

Obs: _____

Linfonodos: _____

Carótida: _____

Tireóide: _____

5 – Tórax

Mama: _____

Pulmões: _____

Coração:	Sim	Não
Rítmico	_____	_____
Sopros	_____	_____

6 – Abdomen

Cicatrizes: _____

Fígado: _____

Baço: _____

Tumorações: _____

7 – Músculo esquelético

	nenhum	coluna	ombros	cotovelos	mãos	Pelve	Joelho	Pés/unhas
Deformidade								

Ação limitada								
dos membros								
Sensibilidade								
Inflamação								
edema								
proeminências								

Descrição das deformações ou ação limitada de movimentos

8 – Membros inferiores

	Sím	Não	Direito	Esquerdo
Pulso pedioso				
Varizes				
Edema pré-tibial				

Descrição de outras descobertas anormais

9 – Neurológico

Marcha: _____

	MSD	MSE	MID	MIE
Força				
Grau				

Nervos Cranianos (12 pares) _____

Descrição de outras descobertas anormais: _____

Outros Sinais	Ausente	Presente	Observações
Tremor em repouso			
Rigidez			
Tremor intencional			
Movimentos involuntários			

Reflexos Patológicos			
“fácies de jogador de poker”			

Descrição de descobertas atuais: _____

Outras observações: _____

Nota: Incluir o formulário “Histórico de Saúde” usual do HU se necessário.

Incluir demais formulários usuais do HU que compõe o prontuário do paciente.

Aos profissionais que acompanham o paciente em áreas específicas usando os anexos (que ficarão arquivados no NIPEG/HU/UFSC), deverão a cada atendimento anotar em síntese a evolução clínica, no formulário de Evolução do Paciente, no prontuário do paciente.

Em: ____/____/____.

Aplicado por: _____.

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GRUPO MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AO DIABÉTICO
AVALIAÇÃO DOS PÉS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Nome : _____ Registro: _____
Data do Exame: _____

HISTÓRIA

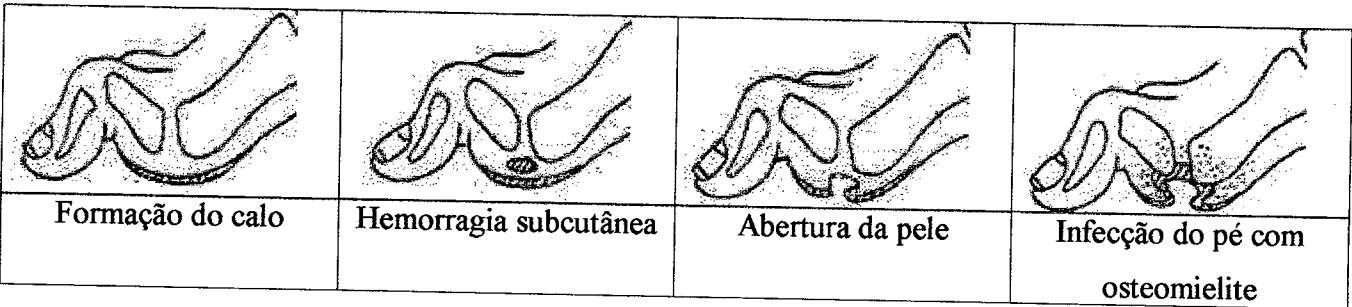
Preencha com “S” ou “N” para indicar ocorrências nos pés:

Já apresentou algum tipo de ulceração nos pés?	() D	() E
Apresenta dor ao caminhar?	() D	() E
Apresenta dor, principalmente noturna que melhora quando caminha?	() D	() E
Já teve seus pés examinados por algum profissional da saúde?	()	
Já recebeu orientação sobre o cuidado com os pés?	()	
Tem convívio social?	()	
Tem o hábito de caminhar descalço?	()	
Existe fraqueza muscular nos pés ou MMII?	() D	() E
Apresenta pontadas, agulhadas, formigamentos, dormência, câibra nos pés ou membros inferiores ou incômodo ao toque do lençol.	() D	() E

INSPEÇÃO DOS PÉS E CALÇADOS

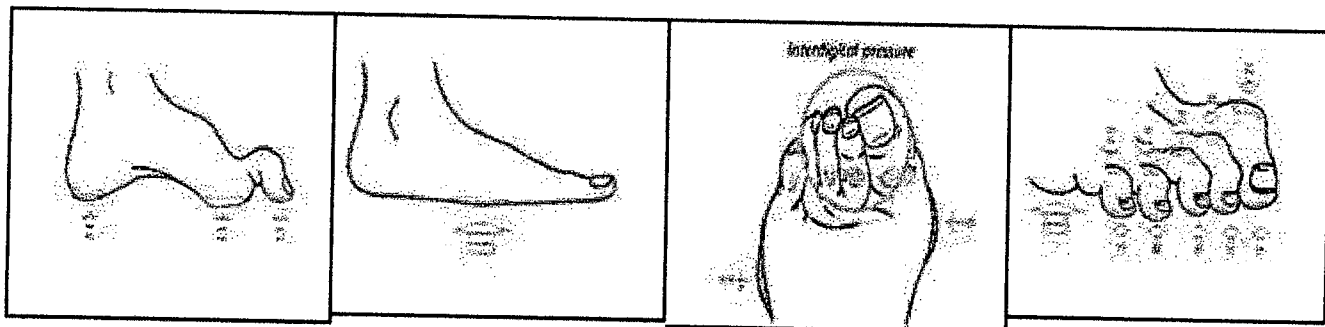
Assinale a situação encontrada:

Formação de ulceração por estresse repetitivo



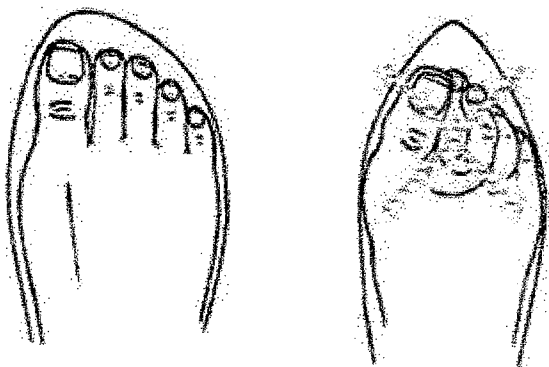
Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

Áreas de risco para ulcerações de pé em pacientes diabéticos



Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

A largura interna do calçado deve ser igual a largura do pé



Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

Avaliação Neurológica

Sensibilidade protetora plantar ou percepção da pressão com Monofilamento 10g

Indique o nível de sensibilidade nos círculos

(+) Percebe o filamento de náilon 10g

(-) Não percebe o filamento de náilon 10g



Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

Sensibilidade tátil (algodão) testar no dorso do pé

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Sensibilidade dolorosa (palito) testar no dorso do pé

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Sensibilidade vibratório (diapasão 128 Hertz – testar no hálux)

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Sensibilidade térmica (cabo diapasão) – testar no dorso do pé

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Reflexo Aquileu (martelo neurológico)

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Força Muscular

Panturrilha – andar na ponta dos pés

Presente () D () E Ausente () D () E

Tibial Anterior - andar nos calcanhares

Presente () D () E Ausente () D () E

Avaliação Vascular

Pulso Pedioso

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Pulso Tibial Posterior

Presente () D () E Diminuído () D () E Ausente () D () E

Tempo de Enchimento Venoso – normal até 15 segundos

Normal () D () E Alterado () D () E

Tempo de Enchimento Capilar – normal até 5 segundos

Normal () D () E Alterado () D () E

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO - Assinale

Categoria	Risco	Freqüência da Avaliação
() 0	Neuropatia ausente	Uma vez por ano
() 1	Neuropatia Presente	Uma vez a cada seis meses
() 2	Neuropatia presente, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés	Uma vez a cada três meses
() 3		Uma vez entre 1 a 3 meses

Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

Examinador(a) _____

Adaptado da Ficha Clínica Prática nº 8 - Avaliação do Pé Diabético. Revista Diabetes Clínica 2001, 5 (3): 203-4.

ANEXO 5

- essa faixa etária;
- Ø As famílias que abandonarem seus idosos em hospitais e casas de saúde estão sujeitas a condenação que pode variar entre 6 meses e 3 anos de prisão;
 - Ø Nenhum idoso poderá ser objeto de negligência, discriminação, violência e crueldade. Todo cidadão passa a ter o dever de comunicar essas violências às autoridades.

"Idosos devem ser beneficiados pela proteção dos familiares ou da comunidade, por serviços legais e de assistência social, por planos de saúde; devem ter seus direitos humanos respeitados"
(Declaração dos Princípios do Idoso - Organização das Nações Unidas, 3 de dezembro de 1982)

Vivian Nascimento de Souza
 Acadêmica da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Maria José Stessens
 Aluna Intercambista do Programa Escala Estudantil, aluna especial

Soraya Baião Maragno
 Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC
 Membro GESPI/HU/UFSC

Rosilda Machado da Silva
 Assistente Social do Hospital Universitário da UFSC
 Membro GESPI/HU/UFSC

Bibliografias Consultadas:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família. **Idoso cidadão de direito**. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família, conselho Estadual do Idoso - CEI/SC- Florianópolis: SDF, 2002.

Estatuto do Idoso. Fonte site:
<http://www2.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf>

INFORMAÇÕES:

Telefone: (48) 331-8041

ENDEREÇO

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
 Campus Universitário - Departamento de Enfermagem
 88040-950 Florianópolis - SC



Direitos dos Idosos



NUPREG/HU/UFSC

Florianópolis/2004

O envelhecimento humano é resultado natural de nosso processo biológico. Vivenciar um envelhecimento positivo, acarreta ter uma vida mais longa acompanhada de oportunidades contínuas para o estabelecimento da saúde e do bem-estar social.

Em 2003 a Câmara e o Senado aprovaram e o Presidente Luís Inácio Lula da Silva sancionou no dia 1º de outubro o **Estatuto do Idoso**, que define medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos. O texto regulamenta os direitos dos idosos, determina obrigações das entidades assistenciais e estabelece penalidades para uma série de situações de desrespeito aos idosos. De autoria do ex-deputado e atual senador Paulo Paim (PT-RS), o projeto (PLC nº 57/2003) foi aprovado por unanimidade tanto na Câmara quanto no Senado.

Pontos Principais

Conheça alguns dos principais pontos do estatuto:

- Ø assegura desconto de pelo menos 50% nas atividades culturais, de lazer e esportivas, além da gratuidade nos transportes coletivos públicos para os maiores de 65 anos. A legislação local poderá dispor sobre gratuidade

também para as pessoas de 60 a 65 anos;

- Ø Nos veículos de transporte coletivo é obrigatória a reserva de 10% dos assentos para os idosos, com aviso legível.

- Ø no caso do transporte coletivo intermunicipal e interestadual, ficam reservadas duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para os idosos de mesma renda que excedam essa reserva;

- Ø Quem discriminar o idoso, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte ou a qualquer outro meio de exercer sua cidadania pode ser condenado e a pena varia de seis meses a um ano de reclusão, além de multa.

- Ø Atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde;

- Ø O idoso internado ou em observação em qualquer unidade de saúde tem direito a acompanhante, pelo tempo determinado pelo profissional de saúde que o atende;

- Ø Nas aposentadorias, acontecerá o reajuste dos benefícios na mesma data do reajuste do salário mínimo, porém com percentual definido em regulamento;

- Ø Prioridade na tramitação dos processos e procedimentos dos atos e diligências judiciais nos quais pessoas

acima de 60 anos figurem como intervenientes;

- Ø É proibida a discriminação por idade e a fixação de limite máximo de idade na contratação de empregados, sendo passível de punição quem o fizer.

- Ø Os meios de comunicação também deverão manter espaços ou horários especiais voltados para o público idoso, com finalidade educativa, informativa, artística e cultural sobre envelhecimento;

- Ø O poder público deverá apoiar a criação de universidades abertas para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos em padrão editorial que facilite a leitura;

- Ø Os planos de saúde estão proibidos de cobrarem valores diferenciados nos reajustes em razão da idade;

- Ø Fornecimento gratuito de medicamentos, principalmente aqueles de uso contínuo (hipertensão, diabetes, etc.), assim como próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;

- Ø o idoso terá prioridade para compra de moradia nos programas habitacionais, mediante reserva de 3% das unidades. Está prevista ainda a implantação de equipamentos

ANEXO 6

Vivian Nascimento de Souza

Acadêmica da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC



Maria José Stessens

Aluna Intercambista do Programa Escala Estudantil, aluna especial do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Precisamos prestar atenção ao que colocamos no corpo!
Se não fizermos isso, quem o fará? Evitamos as doenças, vivendo de maneira correta. Algumas pessoas tratam o corpo como se fosse máquina, da qual abusam e que mandam depois para a oficina, a fim de que seja consertada!

Frase do Livro:
"Você Pode Curar sua Vida" de Louise L. Hay

Soraya Baião Maragno

Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC
Membro GESPI/HU/UFSC

Rosilda Machado da Silva

Assistente Social do Hospital Universitário da UFSC
Membro GESPI/HU/UFSC



Bibliografia Consultada:

BRASIL. Cartilha Viver mais e melhor. Ministério da Saúde. Disponível em 05/10/2004 no endereço: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=153

Automedicação

INFORMAÇÕES:

Telefone: (48) 331-8041

ENDEREÇO

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Campus Universitário - Departamento de Enfermagem
88040-950 Florianópolis - SC

NIPEG/HU/UFSC

Florianópolis/2004

Apresentação

Quando o assunto é saúde é sempre melhor prevenir do que remediar. Comer bem, praticar exercícios, cuidar-se, ir ao médico pelo menos uma vez por ano são hábitos de vida saudáveis. Os medicamentos quando receitados ajudam a curar e controlar doenças. Porém é importante saber que nunca se deve tomar remédios por conta própria nem seguir conselhos de “amigos” ou balconistas de farmácias.

Deve se evitar tomar medicamentos que foram prescritos para outras pessoas acreditando que seus resultados são idênticos para todos. O uso de medicamentos não recomendados pelo profissional de saúde pode causar efeitos inesperados e algumas vezes até piorar doenças.

O uso de medicamentos em pessoas idosas é muito delicado, pois a sensibilidade de seu sistema imunológico está alterada, ele está mais deprimido e mais susceptível à infecções.

Nossa saúde muitas vezes está:

- Numa casa limpa e arejada;

- Evitando comidas gordurosas e frituras;
- Alimentos doces, refrigerantes, etc.;
- Evitando cigarros e bebidas alcoólicas;
- Praticando atividades físicas;
- Comendo frutas e verduras.

Se você não possui hábitos de vida saudáveis e precisa usar medicamentos, saiba que eles não devem ser usados sem nenhum motivo, pois ao invés de estarem fazendo bem para sua saúde, podem estar fazendo mal.

Lembre-se

Alguns cuidados que devem ser tomados:

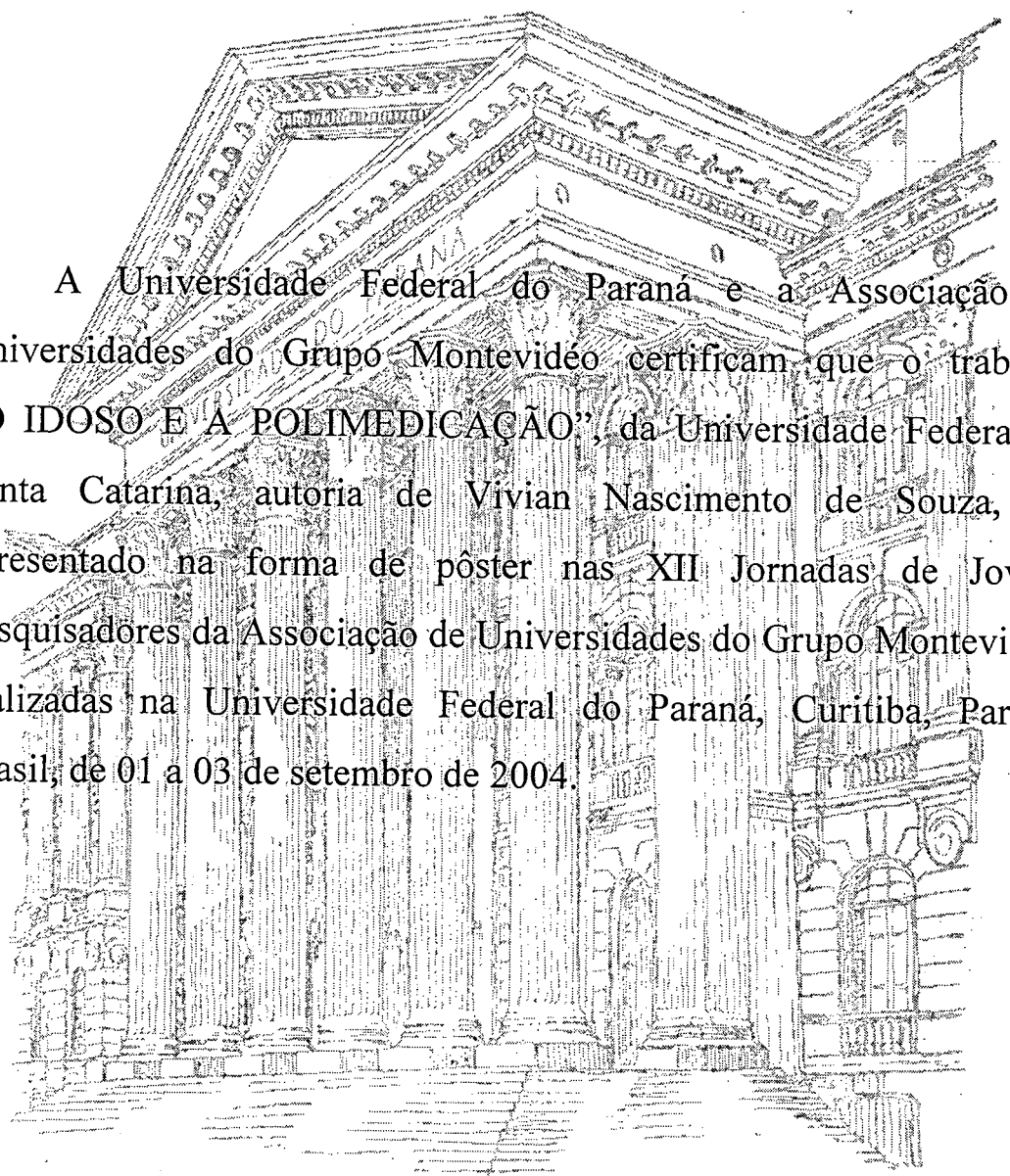
- o Nem vitaminas devem ser compradas sem recomendação de um profissional de saúde. O melhor sempre é comer bem. Pois a utilização de forma incorreta das vitaminas, sem necessidade pode ocasionar o surgimento de cálculos renais e intoxicações;
- o O uso indiscriminado de antibióticos podem levar a uma maior resistência do organismo à bactérias e isso faz que eles se tornem menos eficientes;

- o Só tome remédios caseiros depois de ouvir um profissional de saúde, pois mesmo sendo de origem, muitas vezes natural, podem gerar consequências muitas vezes não esperadas, como intoxicações e algumas vezes envenenamentos;
- o Siga as instruções do profissional de saúde: tome sempre o medicamento na dose e hora certa;
- o Não pare de tomar remédio sem autorização. Existem doenças que voltam com mais força quando o tratamento é interrompido;
- o Caso o remédio provoque uma reação inesperada, procure sempre um profissional de saúde;
- o Não tome medicamentos sem rótulo e mantenha sempre a bula junto na embalagem;
- o Não tome remédios fora do prazo de validade. Regularmente, faça uma faxina em seu armário de remédios e jogue fora os já vencidos;

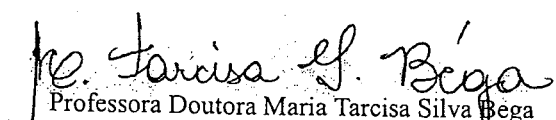
Quando uma pessoa se automedica, corre muitos riscos, pois ela não conhece como o medicamento funciona e age no seu organismo e por isso não sabe os efeitos colaterais e reações que pode ocasionar em seu corpo.




CERTIFICADO



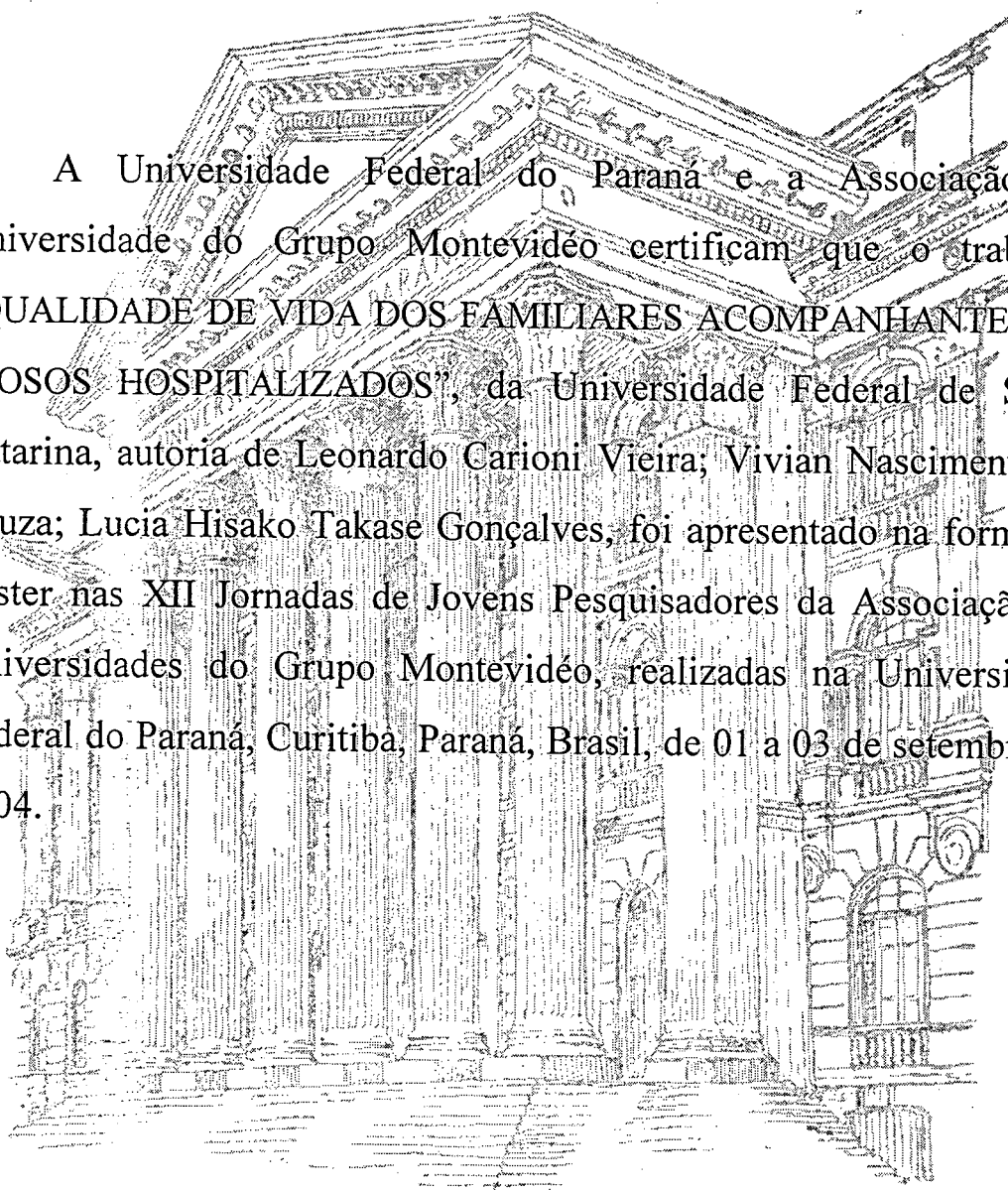
A Universidade Federal do Paraná e a Associação de Universidades do Grupo Montevideo certificam que o trabalho "O IDOSO E A POLIMEDICAÇÃO", da Universidade Federal de Santa Catarina, autoria de Vivian Nascimento de Souza, foi apresentado na forma de pôster nas XII Jornadas de Jovens Pesquisadores da Associação de Universidades do Grupo Montevideo, realizadas na Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil, de 01 a 03 de setembro de 2004.


Professora Doutora Maria Tarcisa Silva Bega
Presidente

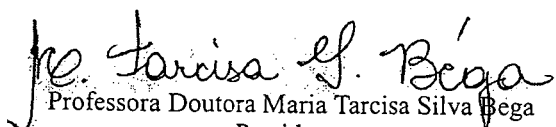

Professora Doutora Silvia Helena Schwab
Coordenadora



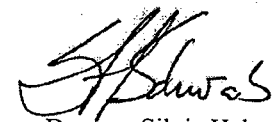
CERTIFICADO



A Universidade Federal do Paraná e a Associação de Universidade do Grupo Montevideo certificam que o trabalho “QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS”, da Universidade Federal de Santa Catarina, autoria de Leonardo Carioni Vieira; Vivian Nascimento de Souza; Lucia Hisako Takase Gonçalves, foi apresentado na forma de pôster nas XII Jornadas de Jovens Pesquisadores da Associação de Universidades do Grupo Montevideo, realizadas na Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil, de 01 a 03 de setembro de 2004.



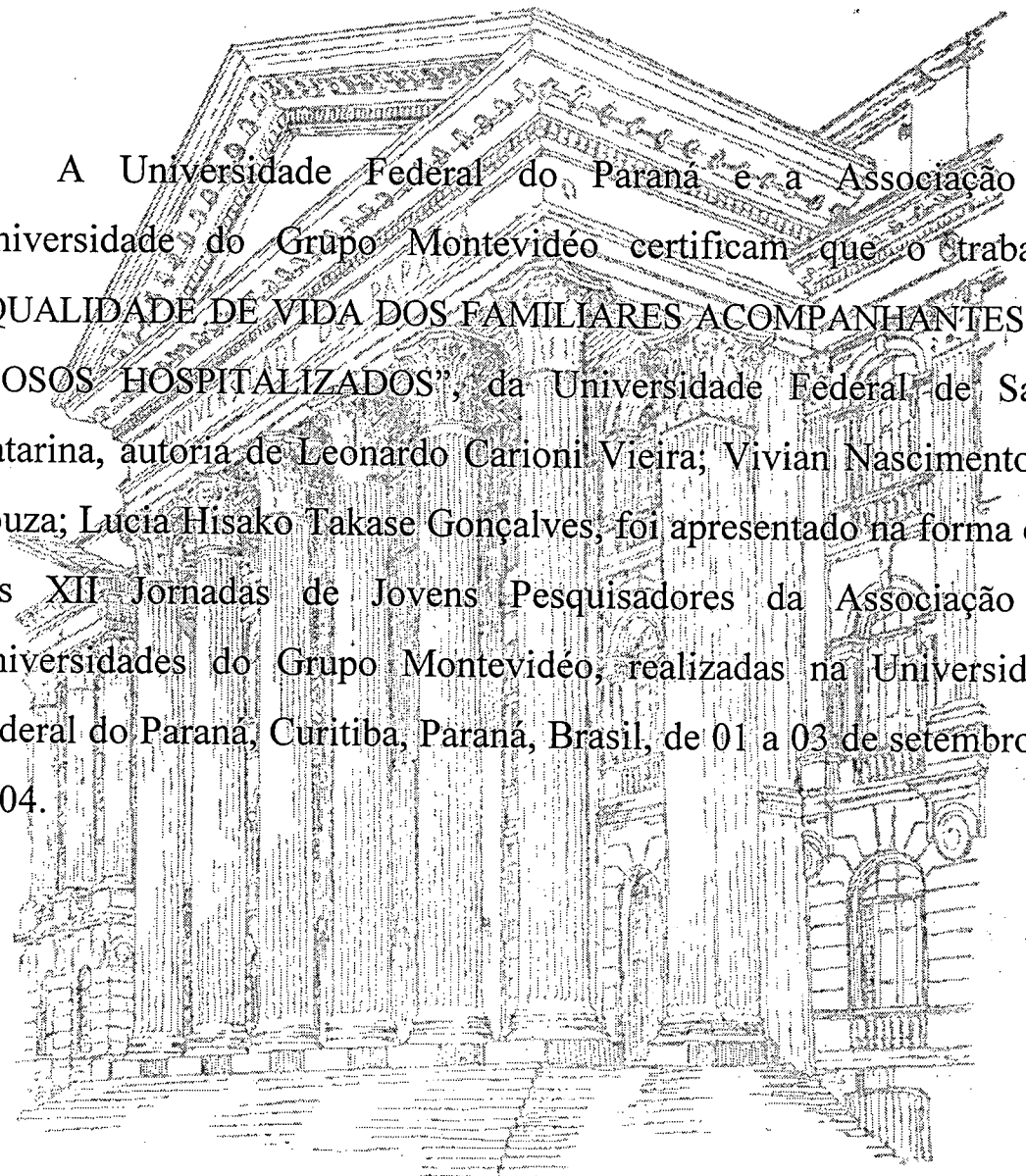
Professora Doutora Maria Tarcisa Silva Bega
Presidente




Professora Doutora Silvia Helena Schwab
Coordenadora




CERTIFICADO

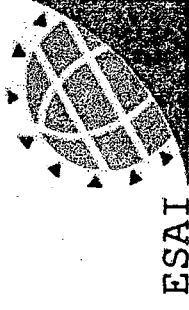
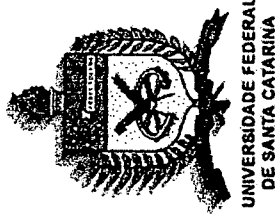


A Universidade Federal do Paraná e a Associação de Universidade do Grupo Montevideo certificam que o trabalho “QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS”, da Universidade Federal de Santa Catarina, autoria de Leonardo Carioni Vieira; Vivian Nascimento de Souza; Lucia Hisako Takase Gonçalves, foi apresentado na forma oral nas XII Jornadas de Jovens Pesquisadores da Associação de Universidades do Grupo Montevideo, realizadas na Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil, de 01 a 03 de setembro de 2004.


Professora Doutora Maria Tarcisa Silva Bega
Presidente


Professora Doutora Silvia Helena Schwab
Coordenadora

XII Jornadas de Jovens Pesquisadores da AUGM



CERTIFICADO

Certifico que **MARÍA JOSÉ STESENS IGNOGNA** participou das XII Jornadas de Jovens Pesquisadores da Associação de Universidades Grupo Montevideo (AUGM), realizadas na Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, Paraná - Brasil, no período de 01 a 03 de setembro de 2004.

Florianópolis, 03 de setembro de 2004


Prof. Dr. Nivaldo Cabral Kuhn
Responsável AUGM na UFSC

Programa - Resumos da 5ª Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia e 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem

Organizadoras:

- Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- Angela Maria Alvarez
- Sílvia Maria de Azevedo dos Santos
- Jordelina Schier
- Ana Maria Farias da Silva

Diagramação:

Luzia dos Santos

Ficha Catalográfica

J821 Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (5. : 2004: Florianópolis, SC).
Livro programa - Livro resumo da 5. Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28. Jornada Catarinense de Enfermagem / organizadoras Lúcia Hisako Takase Gonçalves et al. - Florianópolis: ABEn; Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas; UFSC, 2004. 122p.

Tema do evento: O Cuidado do idoso contemporâneo.

- I. Enfermagem geriátrica. 2. Idoso. I. Gonçalves, Lúcia Hisako Takase.
- II. Jornada Catarinense de Enfermagem (28. : 2004: Florianópolis, SC).
- III. Título.

ISBN 85-87582-6

CDU 616-083

Catálogo na fonte por: Vera Ingrid Hobold Sovernigo CRB-14/009

SUMÁRIO

Mensagem.....	5
Diretoria da ABEn-SC (Gestão 2001/2004)	7
Comissão organizadora.....	8
Agradecimentos.....	10
Programa Oficial.....	21

Resumo de Tema Livre:	
Comunicação oral.....	23
Poster.....	57

Regimento.....	117
----------------	-----

COMISSÃO ORGANIZADORA

COMISSÃO EXECUTIVA

Coordenadora Geral - Angela Maria Alvarez
Vice-Coordenadora - Lúcia H. Takase Gonçalves
Secretária: Jordelina Schier
Tesoureiro: Jonas Spricigo

SUBCOMISSÕES

TEMAS

Coordenadora: Lúcia H. Takase Gonçalves
• Silvia Maria A. dos Santos
• Yolanda Flores e Silva
• Vivian Nascimento de Souza

DIVULGAÇÃO

Coordenadora: Silvia Maria A. dos Santos
• Joana Schaffer
• Leonardo Carioni Vieira
• Cíntia A. Vicente
• Graziela de Jesus
• Cristiane dos Santos Buzello
• Leila Passos Neves

INFRA-ESTRUTURA E LOCAL

Coordenador: Gilson Bittencourt Vieira
• Josiane de Jesus Martins
• Maristela Assumpção de Azevedo

SOCIAL E BEM-ESTAR

Coordenadora: Sofia Maria T. Bello Valente
• M^a Gliolanda Oliveira Lima
• Adnairdes Cabral de Sena
• Márcio André Marcelino
• Micheli Coral Arruda
• Ana Cláudia de Melo
• M^a Lígia dos Reis Bellaguarda

DOCUMENTAÇÃO E PUBLICAÇÃO

Coordenadora: Ana Maria Farias da Silva
• Yolanda Flores e Silva
• Lúcia H. Takase Gonçalves
• Silvia Maria A. dos Santos

TESOURARIA E FINANÇAS

Coordenador: Jonas Spricigo
• Claudiniete Maria C. B. Vasconcelos
• Gisele Blasius
• Hilda Quadros

SECRETARIA

Coordenadora: Jordelina Schier
• Soraya Baião Maragmo
• Sheila dos Santos Leonel
• Anna Paula G. Xavier
• Fabricia Martins Silva
• Mara Cristina M. da Silva
• Maira Beatriz Kamke

MONITORIA

Coordenadora: Neide Maria Pereira

• Aline Diniz Sanches
• Ana Paula M. Correia
• Aracelli G. Dias
• Ariane Thause Frello
• Berenice Rubik
• Mariana Vieira
• Elisiane Scottini
• Fernanda R. Vicente
• Gabriela Marcelino
• Graciele Trentin
• Graziella M. Teixeira
• Maria José Stessens
• Julia M^a de Souza
• Juliana J. da Costa
• Juliana V. Collares
• Juzeli A. da Cunha
• Karine P. Stülp
• Leila Narloch
• Lucas G. Freire
• Maira Manerich
• Marisa da S. Martins
• Milia S. Rocha
• Raquel de Siqueira
• Sabrina L. Ramos
• Wladja Nara S. Pacheco
• Juliana Valentim

5ª Jornada Brasileira de Enfermagem
Geriátrica e Gerontológica

28ª Jornada Catarinense de Enfermagem

CERTIFICADO

Certificamos que:

VIVIAN N. DE SOUZA

Participou da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem, realizado em Florianópolis, SC, Brasil, no período de 08 a 10 de setembro de 2004, na qualidade de Participante com carga horária de 26h.

Florianópolis, 10 de Setembro de 2004.

Lúcia H. Takase Gf.

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Coordenadora GESPI/UFSC

Angela Maria Alvarez

Angela Maria Alvarez
Presidente da ABEn-SC

**5ª Jornada Brasileira de Enfermagem
Geriatrica e Gerontológica
28ª Jornada Catarinense de Enfermagem**

CERTIFICADO

Certificamos que:

SOUZA, V. N. D.

Participou da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem, realizado em Florianópolis, SC, Brasil, no período de 08 a 10 de setembro de 2004, na qualidade de _____ autores do trabalho apresentado como POSTER:

**O IDOSO NA ARGENTINA: A VISÃO DE UMA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM
BRASILEIRA. Relator : VIVIAN NASCIMENTO DE SOUZA**

Florianópolis, 10 de Setembro de 2004.

Lúcia Hisako Takase G.

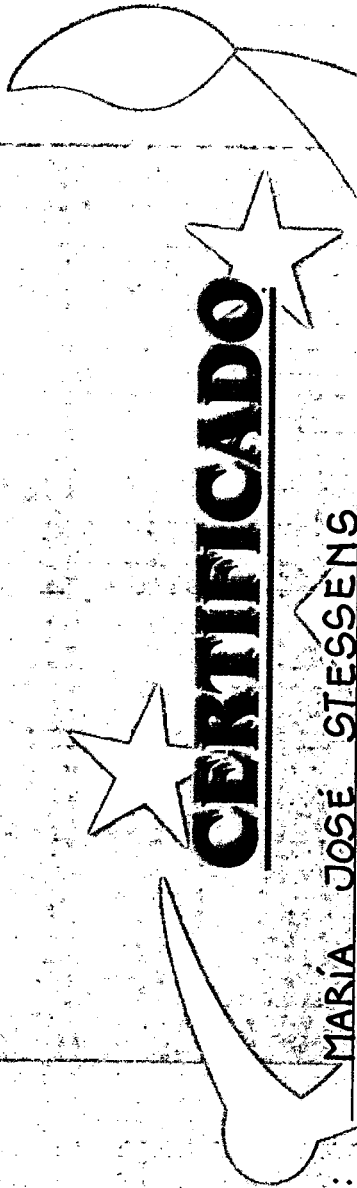
Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Coordenadora GESPI/UFSC

Angela Maria Alvarez

Angela Maria Alvarez
Presidente da ABEn-SC



**5ª Jornada Brasileira de Enfermagem
Geriátrica e Gerontológica
28ª Jornada Catarinense de Enfermagem**



Certificamos que:

MARIA JOSÉ STESSENS

Participou da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem, realizado em Florianópolis, SC, Brasil, no período de 08 a 10 de setembro de 2004, na qualidade de Participante com carga horária de 25h.

Florianópolis, 10 de Setembro de 2004.

Lúcia H. Takase Gonçalves

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Coordenadora GESPI/UFSC

Angela Maria Alvarez

Angela Maria Alvarez
Presidente da ABEn-SC



Fundação Universidade Federal de Rio Grande
Pró-reitoria de Extensão
Departamento de Enfermagem

FURG

Certificado

Certificamos que *Vivian Nascimento de Souza* participou do
SIMPÓSIO INTERNACIONAL FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO,
realizado no período de 09 a 11 de novembro de 2004, na cidade do Rio
Grande-RS/Brasil, cumprindo a carga horária de 30h.

Profa. Esp. Maria Antônia Lavoratti
Pró-reitora de Extensão

Profa. Dra. Valéria Lerch Lunardi
Chefe do Departamento de Enfermagem

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do evento



Fundação Universidade Federal de Rio Grande
Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis
Departamento de Enfermagem

FURG

Certificado

Certificamos que **Vivian Nascimento de Souza** participou do "SIMPÓSIO INTERNACIONAL FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO", realizado no período de 09 a 11 de novembro de 2004, na cidade do Rio Grande-RS/Brasil, na qualidade de apresentador(a) do tema livre, na modalidade de pôster dialogado, intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO AMBULATORIAL EM USO DE MEDICAMENTOS BASEADA NA TEORIA DE CUIDADO TRANSCULTURAL DE LEININGER** e autoria de *Vivian Nascimento de Souza; Maria José Stessens; Lucia Hisako T. Gonçalves e Soraya Baião Maragno.*

Profa. Esp. Maria Angélica Lavoratti
Pró-Reitora de Assuntos Comunitários e Estudantis

Profa. Dra. Valéria Lerch Lunardi
Chefe do Departamento de Enfermagem

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do evento



Fundação Universidade Federal de Rio Grande
Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis
Departamento de Enfermagem

FURG

Certificado

Certificamos que **Vivian Nascimento de Souza** participou do "SIMPÓSIO INTERNACIONAL FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO", realizado no período de 09 a 11 de novembro de 2004, na cidade do Rio Grande-RS/Brasil, na qualidade de apresentador(a) do tema livre intitulado "QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS" de autoria de Vivian Nascimento de Souza; Leonardo C. Vieira e Lucia H. T. Gonçalves.

Prof. Esp. Maria Antônia Lavoratti
Pró-Reitora de Assuntos Comunitários e Estudantis

Prof. Dra. Valéria Lerch Lunardi
Chefe do Departamento de Enfermagem

Prof. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do evento